

**INIZIATIVE A CARATTERE CENTRALE**

Al Coordinamento, istituito ai sensi della DGR 2516 del 4/8/2009, sono riservati fondi per iniziative a carattere regionale. In particolare, almeno per:

- la formazione del personale dei Nuclei di Cure Palliative e per le cure palliative pediatriche
- la formazione per i componenti delle reti dei referenti per il dolore
- la valutazione del grado di tutela dei cittadini verso il dolore nelle strutture regionali di assistenza e cura.

Le iniziative regionali, gestite dal Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, si sviluppano secondo tre filoni a carattere prevalentemente formativo:

A) il primo, destinato alla strutturazione della rete di cure palliative regionale per gli adulti (ai sensi della L.R. 7/2009)

B) il secondo, destinato alla strutturazione di una rete di cure palliative pediatriche (ai sensi della L.R. 7/2009)

C) il terzo, destinato alla strutturazione della rete dei referenti aziendali per la lotta al dolore (ai sensi della DGRV 1090/2008 e della L.R. 7/2009).

**A) STRUTTURAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE
PER L'ADULTO**

Al fine di sviluppare le competenze necessarie per i componenti dei Nuclei di Cure Palliative, per garantire cure appropriate a tutta la popolazione, e per creare un contesto di conoscenza e consapevolezza per la cura dei malati inguaribili in fase avanzata di malattia o a fine vita, è predisposto un programma di formazione che si compone di quattro corsi, proposti in più edizioni, come di seguito descritti.

I corsi presentano contenuti comunicativo-relazionali, etici, organizzativi e clinici:

**Dalla comunicazione delle "cattive notizie"
alla promozione della Qualità di Vita (QdV)**

L'assistenza ai malati in stato di vulnerabilità fisica, psichica e relazionale, tanto più se prossimi al termine della loro vita, impegna una quota sempre più importante di risorse, tempo e consapevolezza professionale. S'inserisce in una vicenda umana che rinvia, per il medico e gli altri operatori, a motivi di riflessione profondi, spesso condivisi e maturati con i loro pazienti più impegnativi.

Lì s'incrociano, talvolta in maniera sorprendente e originale, convinzioni con dubbi sull'opportunità e sui confini delle cure, comunicazioni profonde e incertezze relazionali, pratiche individuali e d'équipe, approcci valutativi clinici e non, e molto altro ancora.

Insieme, operatori, malati e famiglie, condividono una storia di sofferenza e d'aiuto che potrà essere per tutti un'esperienza da conservare.

La complessità dei molti aspetti implicati nelle storie di maggior fragilità suggerisce, come modalità operativa più adeguata, la cooperazione tra coloro che, in vario modo, sono interessati alla storia del malato. Solo così si arriva al momento di decisioni importanti, talora difficili, con adeguati elementi di conoscenza che consentono le scelte più opportune per "quel paziente", in "quel momento", in "quella situazione".

Soprattutto è possibile scegliere strategie comunicative e relazionali coerenti con molte altre dimensioni assistenziali, dove prevale l'attenzione alla globalità delle persone, alla qualità di vita, al rispetto delle convinzioni e dei contesti affettivi, ai desideri del malato. In questa visione, la tutela del paziente è sottoposta a connotati fortemente etici, nella consapevolezza che essa assume significati diversi in rapporto alle differenti prospettive di colui che dà un giudizio e del quale spesso riflette la visione della sofferenza.

Secondo l'etica della buona pratica, il corso intende quindi approfondire, attraverso approcci attivi e fondati sull'esperienza dei partecipanti, i seguenti ambiti:

- *il livello di dignità e soddisfazione del malato correlati al grado d'espressione della sua autonomia decisionale*
- *l'efficacia comunicativa nel rispetto del principio di beneficenza*
- *il processo decisionale per un buon uso delle risorse e della loro accessibilità, sottoponendo alla riflessione e alla narrazione anche la sofferenza dell'operatore nella relazione con il malato grave come sorgente di difficoltà organizzativa e assistenziale, nonché i principi di una alleanza di cura con il malato e i suoi familiari, secondo equità distributiva*

Obiettivo formativo nazionale

Promozione di una comunicazione corretta ed efficace

Obiettivi formativi specifici

- Innalzare la consapevolezza degli operatori sulle componenti di tutela del malato vulnerabile
- Sviluppare capacità di orientamento ai problemi del malato e della sua famiglia
- Individuare le modalità di relazione, secondo criteri di tutela, nelle situazioni di particolare complessità sul piano della comunicazione, dell'informazione, del rispetto dei valori e della cultura del paziente
- Migliorare la capacità individuale e d'équipe di promozione della QdV e di valutazione d'impatto delle cure
- Individuare i contenuti più utili e le modalità più adeguate di relazione con il contesto familiare e informale del malato
- Proporre modalità decisionali cliniche e assistenziali condivise e orientate alla tutela del malato e alla promozione della QdV

Obiettivi didattici

- Proporre un approccio comunicativo che porti all'adesione del malato alle cure
- Come costituire un contesto familiare favorevole alle cure 'Come preservare il medico e gli altri operatori da difficoltà relazionali e assistenziali in contesti comunicativi complessi con il malato grave
- Individuare approcci comunicativi delle c.d. "cattive notizie"

Metodologie didattiche prevalenti

Il corso ha carattere di forte interattività e prevede presentazioni teoriche con discussioni in plenaria, role playing, visioni guidate di filmati e lavori di gruppo commentati in plenaria.

Materiali didattici

Ai partecipanti saranno consegnati i materiali di supporto didattico e una selezione della letteratura.

Verifica d'apprendimento

Sarà verificato l'apprendimento con un questionario finale.

Numero dei partecipanti e destinatari

Il corso per le caratteristiche di interattività è riservato a 25 discenti ed è rivolto a medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, educatori professionali, operatori sociosanitari

Docente

Marco Bonetti. medico

Direttore del Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore, Regione del Veneto;
Membro del Comitato Regionale di Bioetica.

Date e sede

Sono previste quattro edizioni del corso in date da definire

I corsi si svolgeranno presso le aule didattiche del Centro Rossignoli dell'A.ULSS 15, a Camposampiero (PD), di fronte all'ingresso dell'Ospedale Civile.

	Programma	
I sessione <i>La comunicazione delle "cattive notizie"</i>	<p>9.00 – 10.00 Il malato e i familiari: un sistema del quale prendersi cura (in questa parte del lavoro viene definito il concetto di sistema familiare come "luogo" di cure e al quale indirizzare l'assistenza; il docente presenterà un approccio di lettura e ne seguirà una discussione)</p> <p>10.00 – 13.00 Un approccio pragmatico alla comunicazione della verità al malato grave (I parte): perché comunicare la verità? (la comunicazione della verità sulla diagnosi, sull'inguaribilità e sulla terminalità, viene proposta con brevi introduzioni del docente, discussioni in gruppo e in plenaria dopo le restituzione dei lavori di gruppo)</p> <p>11.00 – 11.15 <i>coffee break</i></p> <p>13.00 – 14.00 <i>Pausa pranzo</i></p> <p>14.00 – 18.00 Un approccio pragmatico alla comunicazione della verità al malato grave (II parte): come, quando, a chi comunicare la verità? (la comunicazione della verità sulla diagnosi, sull'inguaribilità e sulla terminalità, viene proposta con brevi introduzioni del docente, discussioni di gruppo e in plenaria dopo le restituzione dei lavori di gruppo)</p>	<p>Lezione frontale con discussione guidata in plenaria (60') A2</p> <p>Lezione frontale (30'), lavoro di gruppo (60') con discussione guidata in plenaria (75') A2</p> <p>Lezione frontale (30'), lavoro di gruppo (60') con discussione guidata in plenaria (75') A2</p>
II sessione <i>La comunicazione delle "cattive notizie" dalla parte dell'operatore</i>	<p>16.00 – 16.15 <i>coffee break</i></p> <p>9.00 – 11.00 Un setting a tutela della comunicazione delle "cattive notizie": per non fare male (il docente propone un possibile contesto nel quale collocare la comunicazione delle cattive notizie al malato e ai suoi familiari, secondo i principi del rispetto dell'autonomia e della baneficità, cui segue un role playing esplicativo e una discussione in plenaria)</p> <p>11.00 – 11.15 <i>coffee break</i></p> <p>11.15 – 13.00 La sofferenza dell'operatore: approcci per non farsi male (individualmente e come équipe) (in questa parte del lavoro vengono affrontate le sofferenze e le resistenze dei singoli operatori e delle équipes alla comunicazione della verità; dopo un presentazione del</p>	<p>Lezione frontale (30'). Role paying (30'). Discussione guidata in plenaria (60')</p> <p>Lezione frontale con discussione guidata in plenaria (75') A2 Visione guidata di</p>

<p>III sessione <i>La promozione della QdV del malato grave</i></p>	<p>docente è prevista la vi_alli i un filmato e una discussione in plenaria)</p> <p>13.00 – 14.00 <i>Pausa pranzo</i></p> <p>14.00 – 16.00 La valutazione della qualità di vita del malato grave e del suo contesto familiare: dall’approccio quantitativo a quello narrativo (in questa sezione del lavoro viene proposta una definizione di QdV e una sua valutazione secondo criteri quantitativi e qualitativi; segue un lavoro di gruppo sugli aspetti di metodo della valutazione della QdV e una discussione in plenaria dopo la restituzione dei lavori di gruppo)</p>	<p>un filmato (30’) B3</p> <p>Lezione frontale con discussione in plenaria (30’) A2 Lavoro di gruppo (30’) con discussione in plenaria (60’) C3</p>
<p>IV sessione <i>Il processo decisionale verso la QdV</i></p>	<p>16.00 – 16.15 <i>coffee break</i></p> <p>16.15 – 18.00 La negoziazione della qualità di vita col malato grave e col suo contesto familiare (in questa parte del lavoro vengono indicate le strategie di promozione e negoziazione della salute possibile in una storia di malattia, in particolare se inguaribili; dopo un’introduzione del docente è prevista una discussione in plenaria)</p>	<p>Lezione frontale con discussione in plenaria (30’) A2 Lavoro di gruppo (30’) con discussione in plenaria (45’) C3</p>
	<p>9.00 – 11.00 Di cosa ci parlano il malato e la sua famiglia: dal paradigma della malattia a quello del benessere (in questa parte del lavoro viene affrontata la disparità di contenuto delle comunicazioni tra malato con i suoi familiari e gli operatori, riconducibile a differenti paradigmi e come sanarne l’incompatibilità, soprattutto nell’inguaribilità)</p> <p>11.00 – 11.15 <i>coffee break</i></p> <p>11.15 – 13.00 Il processo decisionale tra gli operatori e le ricadute comunicative e relazionali con il malato grave e la sua famiglia (in questa parte del lavoro viene affrontato il tema della coerenza comunicativa con il malato e i familiari nei</p>	<p>Lavoro di gruppo (30’), restituzione in plenaria e discussione (90’)</p> <p>Lezione frontale con discussione in plenaria (30’) A2 Lavoro di gruppo con discussione in plenaria (90’) C3</p>

	<p>contesti di particolare complessità organizzativa; dopo un'introduzione del docente viene proposto un lavoro di gruppo sulle dinamiche decisionali per i contenuti e le modalità comunicative nei contesti lavorativi, cui segue la restituzione in plenaria e la discussione)</p> <p><i>13.00 – 14.00 Pausa pranzo</i></p> <p>14.00 – 17.30 Sulla soglia dell'incertezza: decisioni e comunicazioni ai confini della vita (in questa sezione finale, vengono presi in considerazione i confini decisionali, quindi anche comunicativi ed etici, che la pratica sta proponendo, con una introduzione del docente, la visione di un film e la discussione in plenaria)</p> <p>17.30 – 18.00 Test finale</p>	<p>Lezione frontale con discussione guidata in plenaria (120') A2 Visione guidata di un filmato (30') B3</p>
--	---	--

ETICA DELLE DECISIONI NELLA CURA AL MALATO INGUARIBILE**RAZIONALE DEL MODULO**

La società contemporanea propone scenari caratterizzati da una larga presenza di malati inguaribili, con gradi diversi di gravità e di decorso e aspetti di sofferenza non descrivibili solo con criteri clinici, capaci di incidere significativamente sul benessere delle persone. Queste ultime presentano ridotta autonomia e compromissione della partecipazione, manifestazioni dei problemi di salute che si presentano in forme e natura diverse (psicologica, fisica, relazionale, sociale).

Accostare la complessità della storia dei malati richiede che i servizi dispongano di molteplici e diffuse competenze, non ultime quelle bioetiche, per meglio decidere ed accompagnare le sofferenze di chi è assistito e di coloro che assistono.

Secondo l'etica della buona pratica, il corso intende quindi approfondire, attraverso approcci attivi e fondati sull'esperienza dei partecipanti, i seguenti ambiti:

- il livello di dignità e soddisfazione del malato correlati al grado d'espressione della sua autonomia decisionale
- l'efficacia comunicativa nel rispetto del principio di beneficenza
- il processo decisionale per un buon uso delle risorse e della loro accessibilità, sottoponendo alla riflessione e alla narrazione anche la sofferenza dell'operatore nella relazione con il malato grave come sorgente di difficoltà organizzativa e assistenziale, nonché i principi di una alleanza di cura con il malato e i suoi familiari, secondo equità distributiva

OBIETTIVO GENERALE E OBIETTIVO FORMATIVO NAZIONALE

Migliorare il livello di consapevolezza e di competenza etiche nei processi decisionali e operativi nella cura dei malati inguaribili

OBIETTIVI FORMATIVI SPECIFICI

1. Innalzare la consapevolezza degli operatori sulle componenti di tutela del malato inguaribile
- 2. distinguere e definire i principi etici nella pratica clinica**
3. condividere approcci orientati alla tutela del malato
4. utilizzare approcci orientati alla cooperazione
5. sostenere l'istruttoria etica di un caso

METODOLOGIE DIDATTICHE PREVALENTI

Il corso ha carattere di forte interattività e prevede presentazioni teoriche con discussioni in plenaria, role playing, visioni guidate di filmati e lavori di gruppo commentati in plenaria.

MATERIALI DIDATTICI

Ai partecipanti saranno consegnati i materiali di supporto didattico e una selezione della letteratura.

VERIFICA D'APPRENDIMENTO

Sarà verificato l'apprendimento con un questionario finale.

DATE E SEDE

Il corso si terrà in quattro edizioni (secondo date da definire), presso il Centro Rossignoli della ULSS 15, a Camposampiero (PD), di fronte all'ingresso dell'Ospedale Civile.

NUMERO DEI PARTECIPANTI E DESTINATARI

Il corso per le caratteristiche d'interattività è riservato a 25 discenti ed è rivolto a medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, educatori professionali, operatori sociosanitari.

DOCENTI

Camillo Barbisan
Responsabile del servizio di bioetica clinica, Az.ULSS 9, Treviso

Marco Bonetti
Direttore del Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore, Regione del Veneto

Maurizio Cancian
Medico di Medicina Generale, referente nazionale SIMG per l'area oncologica

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Elisabetta Caielli
Servizio Promozione e Educazione alla Salute dell'Az. Ulss 15
mail : direzione_spes@ulss15.pd.it
tel. 049.9324681

PROGRAMMA				
SESSIONE	G	CONTENUTI	DIDATTICA	DOCENTI
Il processo decisionale in bioetica	1	9.00 – 9.30 Introduzione ai principi di bioetica (I docenti introducono i principi della bioetica per inquadrare concettualmente la sessione e il lavoro successivo in gruppo)	Relazione frontale (30')	Bonetti Cancian
		9.30 – 11.00 Aspetti del processo decisionale nella pratica clinica e assistenziale: un caso esemplare (I corsisti si cimentano con caso esemplare, invitati ad analizzarne i contenuti e i piani di lettura in piccoli gruppi con la consulenza dei docenti)	Lavoro di gruppo (120')	
11.00 – 11.15 coffee break				
		11.15 – 13.00 Aspetti del processo decisionale nella pratica clinica e assistenziale: un'analisi critica (I ^a parte) (I corsisti presentano gli elaborati in plenaria e ne sono chiariti e analizzati i contenuti con il contributo dei docenti)	Presentazione degli elaborati in plenaria con discussione con i docenti (105')	
13.00 – 14.00 pranzo				
		14.00 – 15.30 Aspetti del processo decisionale nella pratica clinica e assistenziale: un'analisi critica (II ^a parte). (I corsisti presentano gli elaborati in plenaria e ne sono chiariti e analizzati i contenuti con il contributo dei docenti)	Presentazione degli elaborati in plenaria con discussione con i docenti (90')	
		15.30 – 16.30 Aspetti del processo decisionale nella pratica clinica e assistenziale: aspetti di metodo (I docenti inquadrano la metodologia per istruire una buona analisi del processo decisionale secondo principi bioetici)	Presentazione frontale (60')	
		16.30 – 17.30 Aspetti del processo decisionale nella pratica clinica e assistenziale: aspetti di metodo. Applicazioni (i corsisti, sollecitati dai docenti con situazioni concrete, in plenaria applicano gli approcci metodologici)	Discussione in plenaria con i docenti (60')	

Decisioni in bioetica	2	9.00 – 10.00 L'incertezza decisionale: tre storie difficili (Ai corsisti vengono presentati tre casi complessi che dovranno essere discussi in gruppo)	Lavoro di gruppo (60')	Bonetti Cancian
		10.00 – 11.00 L'incertezza decisionale: tre storie difficili. Una valutazione critica (I corsisti presentano gli elaborati in plenaria e ne sono chiariti e analizzati i contenuti con il contributo dei docenti)	Presentazione degli elaborati in plenaria con discussione con i docenti (60')	
11.00 – 11.15 coffee break				
		11.15 – 12.00 Le incertezze bioetiche più frequenti nell'assistenza al malato inguaribile (I docenti presentano le situazioni di maggior incertezza e frequenza nella pratica assistenziale)	Presentazione frontale (45')	
		12.00 – 13.00 Le incertezze bioetiche più frequenti nell'assistenza al malato inguaribile. Approcci bioetici (I corsisti discutono in plenaria di possibili approcci bioetici con la conduzione dei docenti)	Discussione in plenaria con i docenti (60')	
13.00 – 14.00 pranzo				
Le parole e i pensieri della bioetica	2	14.00 – 15.00 Le parole della bioetica: definizioni e significati (I corsisti vengono invitati ad analizzare in gruppo le parole di maggior uso in campo bioetico e a farne una cernita per importanza e criticità)	Lavoro di gruppo (60')	Barbisan Bonetti
		15.00 – 16.00 Ristrutturare e contestualizzare le parole e i pensieri della bioetica (I corsisti restituiscono gli elaborati che sono analizzati in plenaria con la presenza dei docenti)	Presentazione degli elaborati in plenaria con discussione con i docenti (60')	
		16.00 – 16.30 Il dibattito bioetico sull'inguaribilità e sul fine vita (I docenti danno un inquadramento concettuale dell'attuale dibattito in campo bioetico, avendo cura di presentare aspetti salienti e limiti nelle varie correnti di pensiero)	Presentazione frontale (30')	

		16.30 – 17.30 Il dibattito bioetico sull'inguaribilità e sul fine vita (i discenti sono invitati in plenaria a discutere, con la conduzione dei docenti, delle varie posizioni bioetiche, confrontandone trasferibilità e tenuta nella pratica clinica)	Discussione in plenaria con i docenti (60')	
--	--	--	---	--

Di fronte all'incertezza	3	9.00 – 10.00 Ai confini delle decisioni etiche (I docenti introducono brevemente un caso, documentato con un video, di particolare incertezza decisionale, clinica e etica)	Visione di un filmato (60')	Barbisan Bonetti
		10.00 – 11.00 Ai confini delle decisioni etiche (Il caso è discusso in plenaria, con la conduzione dei docenti, evidenziandone implicazioni psicologiche, relazionali, organizzative nella decisione etica)	Discussione in plenaria con i docenti (60')	

11.00 – 11.15 coffee break

		11.15 – 12.00 Il supporto nelle decisioni (I corsisti sono invitati a simulare una riunione d'équipe con il supporto della consulenza etica in un caso di particolare incertezza decisionale)	Role-playing	
		12.00 – 13.00 Il supporto nelle decisioni (I corsisti, con la conduzione dei docenti, analizzano i risultati del role-playing in plenaria e ricavano criteri e modalità di supporto nel processo decisionale etico)	Discussione in plenaria con i docenti (60')	

13.00 – 14.00 pranzo

Per non fare e non farsi male	3	14.00 – 15.00 La sofferenza degli operatori nelle comunicazioni con il malato inguaribile e nelle decisioni etiche (I docenti inquadrano gli aspetti di sofferenza degli operatori nelle comunicazioni con i malati inguaribili e nelle decisioni etiche)	Presentazione frontale (60')	
		15.00 – 16.00 Il vissuto degli operatori: esperienze a confronto (I corsisti vengono invitati a presentare in plenaria esperienze di sofferenza nella pratica clinica e assistenziale, ponendole alla discussione e alla consulenza dei partecipanti)	Discussione in plenaria con i docenti (60')	
		16.00 – 17.00 Strategie per non fare e non farsi male (I docenti guidano una discussione in gruppo su quali strumenti possano essere utilizzati per sostenere il dolore del malato e degli operatori nella pratica clinica e assistenziale)	Discussione in plenaria con i docenti (60')	
Chiusura		17.00 – 17.30 test finale ECM		

Cooperare in équipe**Premesse**

La comunità propone scenari epidemiologici caratterizzati da una larga presenza di persone affette da patologie inguaribili, a lungo come a rapido decorso, con gradi diversi di gravità. A questo si aggiungono aspetti di sofferenza non descrivibili solo con criteri clinici, tali da incidere significativamente sul grado di benessere delle persone. Complessivamente le cure possibili dei servizi sono dirette a coloro che presentano ridotta autonomia e compromissione della partecipazione, come manifestazioni dei problemi di salute che si presentano in forme e natura diverse (psicologica, fisica, relazionale, sociale). Ogni malato presenta quindi condizioni non esauribili secondo una o poche dimensioni: per ciascuno è quindi necessario personalizzare un profilo dei problemi e un progetto assistenziale che ne sia diretta e coerente conseguenza. Per rendere adeguato l'approccio alla complessità dei problemi delle persone è opportuno che i servizi possano disporre di molteplici e diffuse competenze, fino a comporre _alli realmente orientate al miglioramento della qualità di vita dei cittadini, secondo uno stile di autentica cooperazione tra i loro componenti. Perché questo possa essere conseguito sono necessarie riflessioni e acquisizioni di consapevolezza e strumenti relativi di lavoro specifici.

Pertanto, gli operatori per far fronte alla responsabilità assistenziale dovrebbero avere

consapevolezza e attitudine ad affrontare i problemi di salute esprimendo:

- capacità tecniche consolidate;
- attitudine all'analisi dei problemi della persona e al lavoro secondo un progetto;
- rispetto, tutela e valorizzazione delle convinzioni e dei desideri della persona e del contesto relazionale

Coerentemente, particolare attenzione andrà rivolta alle seguenti tematiche:

- valutazione e scelta di priorità tra i problemi di salute
- formulazione d'obiettivi di salute raggiungibili e condivisi dalla persona
- progettazione congiunta tra tutti gli operatori di piani assistenziali personalizzati coerenti con gli obiettivi di salute;
- offerta d'attività accompagnata dalla valorizzazione delle risorse offerte dalla rete dei servizi alla persona e delle risorse informali, secondo i criteri del lavoro di comunità';
- valutazione dell'assistenza, sia dell'efficacia assistenziale sia degli aspetti gestionali.

Infine, la dimensione metodologica richiede. Infine, una particolare attenzione alle implicazioni e ricadute etiche delle decisioni, secondo il rispetto della autonomia della persona, il diritto al bene possibile e l'accesso alle cure necessarie, come criteri sovraordinati per il funzionamento dell'équipe.

Proposta formativa***Obiettivi formativi***

1. sviluppare capacità di descrizione e prioritizzazione dei problemi di salute delle persone e dei loro contesti relazionali
2. individuare i contenuti più utili e le modalità più adeguate di relazione con la persona in stato di disabilità e compromissione della partecipazione
3. sviluppare strumenti e approcci valutativi (oggettivi, soggettivi, narrativi) in coerenza con i problemi di salute della persona e del suo contesto relazionale
4. individuare principi di cura secondo criteri etici (autonomia decisionale, beneficenza, equità) e di sostegno della qualità di vita.

Obiettivi didattici

- I. proporre un metodo e strumenti per l'analisi dei problemi di salute delle persone e dei loro contesti relazionali;
- II. individuare i vantaggi organizzativi del lavoro d'équipe orientato per problemi di salute;
- III. indicare i principi di costruzione di un sistema informativo orientato alla multidimensionalità dei problemi di salute;
- IV. proporre un approccio comunicativo che porti all'adesione alle cure degli utenti dei servizi;
- V. come costituire un contesto relazionale favorevole alle cure;
- VI. come avvertire gli operatori delle difficoltà relazionali e assistenziali in contesti comunicativi complessi con le persone in stato di malattia e disagio.

Calendario*I giornata*

8.30 – 13.00

Il lavoro per problemi di salute

- Definizione di problema
- Principi etici del lavoro per problemi

*Breve introduzione teorica (60')**Discussione in plenaria (120')**Visione guidata di un filmato (75')**11.00 – 11.15 coffee break*

14.00 – 18.00

Criteri di selezione e descrizione dei problemi di salute

- Criteri di individuazione dei veri problemi di salute
- Criteri di prioritizzazione dei problemi di salute

*Breve introduzione teorica (45')**Lavoro di gruppo (60')**Discussione in aula (120')**16.00 – 16.15 Coffee break**II giornata*

8.30 – 13.00

Come raccogliere e condividere informazioni sui problemi di salute

- Principi di costituzione di un sistema informativo orientato alla multidimensionalità
- Criteri di definizione di un set minimo di dati

Breve introduzione teorica (60')

Lavoro di gruppo (75')
Discussione in plenaria (120')

11.00 – 11.15 coffee break

14.00 – 18.00

Obiettivi di salute

- Definizione di obiettivo di salute
- Elementi costitutivi di un obiettivo di salute
- Principi di costruzione di un obiettivo di salute

Breve introduzione teorica (45')
Lavoro di gruppo (60')
Role playing (30')
Discussione in plenaria (90')

16.00 – 16.15 Coffee break

III giornata

8.30 – 13.00

La valutazione di qualità di vita delle persone e dei loro contesti relazionali

- **Valutazione quantitativa: l'approccio oggettivo e soggettivo**
- Scale di misura della performance del malato
- Valutazione qualitativa: l'approccio narrativo e l'analisi delle storie
- Il focus group come strumento di valutazione della QdV

Introduzione teorica (30')
Visione guidata di un video (60')
Role playing (45')
Lavoro di gruppo (45')
Discussione in plenaria (45')

11.00 – 11.15 coffee break

14.00 – 17.15

Comunicare per la promozione della qualità di vita

- **La comunicazione "delle" verità: come conseguire l'adesione alle cure dell'utente e del suo contesto relazionale**
- **La consapevolezza comunicativa degli operatori per una relazione coerente con l'utente**

Breve introduzione teorica (30')
Lavoro di gruppo (60')
Visione guidata di un video (30')
Discussione in plenaria (60')

Test finale (15')

Metodologia, strumenti e destinatari

Nel corso adottata una metodologia didattica interattiva, sostenuta da riflessioni in gruppo e plenaria, accompagnata con materiali visivi e role playing, secondo un carattere proprio dei laboratori formativi. Il processo d'aula è corredato da materiale iconografico e documentale.

Per garantirne la dinamica formativa, il corso è destinato ad un massimo di 30 partecipanti, composto da personale dipendente, convenzionato e volontario, di professionalità diverse.

Docente

Marco Bonetti, medico

Direttore del Coordinamento Regionale del Veneto per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore

**Corso Regionale Cure Palliative.
Aspetti clinici.****Calendario**

I^a edizione: 23 – 24 – 30 – 31 marzo 2011+ 6 – 7 – 14 aprile 2011

II^a edizione: settembre – ottobre (date da definire)

Luogo e sede PD Camposampiero, presso il centro De Rossignoli

Obiettivo nazionale/ regionale di Educazione Continua in Medicina a cui fa riferimento l'attività formativa

Qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari

PREMESSA: (indicare quale problema si vuole risolvere con l'intervento formativo)

Con la legge 7/2009, la Regione del Veneto si è dotata di un assetto organizzativo (ambulatoriale, domiciliare e residenziale in hospice) che riconosce nei Nuclei di Cure Palliative lo strumento per il governo del sistema d'offerta e della tutela sanitaria del malato inguaribile in fase avanzata di malattia o a fine vita.

Elemento caratterizzante le cure palliative è l'attenzione a un grado elevato di soddisfacimento dei desideri del malato, compatibilmente con le sue condizioni cliniche. Non potendo più guarire la malattia, l'attenzione degli operatori è rivolta al grado di autonomia e di partecipazione possibili per il malato. Precondizione è la risoluzione, dove conseguibile, o il contenimento, di sintomi e disturbi che si affermano come veri problemi di salute, in grado di compromettere l'accesso alle possibilità di qualità di vita.

Tra gli operatori di cure palliative la competenza clinica è quindi premessa essenziale, modulata dalla riflessione etica sul limite dei trattamenti.

Il corso intende condividere atteggiamenti e comportamenti clinici e assistenziali orientati ad una buona azione, secondo un approccio fondato sul consolidato dottrinale, come sull'esperienza dei docenti e dei discenti.

La costante presenza nel corpo docente di un medico e di un infermiere consente di riprodurre, in un contesto protetto come quello formativo, la dinamica decisionale che si verifica nella pratica quotidiana.

Il corso, pur essendo prioritariamente destinato al personale dei Nuclei di Cure Palliative, è rivolto anche a operatori non dedicati che incontrano correntemente persone che si avvarrebbero di cure palliative, come medici, infermieri e OSS, di reparti ospedalieri o di strutture protette.

Sintetica descrizione dei contenuti

Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore

Valutazione e trattamento dei sintomi respiratori, gastrointestinali, neuropsicologici, urologici, ematologici, dermatologici

Sindrome anorressico cachetica

Ultimi giorni di vita, sedazione palliativa/terminale

Obiettivo/i educativi formativi complessivi dell'attività formativa

Acquisire conoscenze relative alla valutazione e trattamento dei principali sintomi/problemi del malato in fase avanzata di malattia oncologica al fine di garantirne la migliore qualità di vita possibile.

Metodologie didattiche prevalenti *vedi glossario a fine documento, in base al programma dettagliato conteggiare i tempi e compilare la tabella sottostante.*

Metodologia didattica	Totale tempo dedicato per le metodologie attivate (usare intervalli di tempo multipli di 15 minuti, es. ore 1,15 anziché ore 1,20)
A1 Lezioni magistrali	
A2 Lezione frontale con dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore (l'esperto risponde)	
A3 Tavole rotonde con dibattito tra esperti (non simposi o corsi brevi)	
B1 Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	
B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo	26.45
B3 Lezione integrata con filmati, questionari, casi didattici flash di stimolo ecc.	
C1 Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	
C2 Role playing	0.45
C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	23
Durata complessiva del corso	Ore 50,30

Materiali didattici consegnati ¹

¹ MATERIALE DIDATTICO PREVISTO

- a) Nessuno

- Copia cartacea o su CD con delle diapositive delle relazioni
- Dispensa con testi di approfondimento sugli argomenti del corso e bibliografia cartacea o su CD, o testi

Metodo di verifica dell'apprendimento²

- questionario di domande a risposta multipla

Destinatari(professioni – discipline max. 3)

- medici
- infermieri

Numero di partecipanti previsto

Ad ogni edizione saranno ammessi massimo 25 partecipanti

Tipo di supporto a distanza offerto ai discenti (precisare: tempi, modalità, invio di materiale didattico dopo il corso)

Nessuno

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Bonetti Marco

SEGRETERIA SCIENTIFICA

De Chirico Cosimo
Dei Tos Gabriella
Gobber Gibo
Manno Pietro
Romanelli Gianvito
Visentin Marco

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

ULSS Camposampietro

QUOTA DI ISCRIZIONE

Non prevista .

-
- b) Copia cartacea o su CD con delle diapositive delle relazioni
 - c) Dispensa con testi di approfondimento sugli argomenti del corso e bibliografia cartacea o su CD, o testi sull'argomento trattato
 - d) CD ROM con diapositive delle relazioni, testi di approfondimento con bibliografia, filmati per l'auto-apprendimento di manovre, ecc
 - e) Materiale didattico per l'autoistruzione inviato prima del corso
- ² STRUMENTI PER LA VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO
- a) Questionario
 - b) Prova scritta
 - c) Presentazione di un elaborato (Project work)
 - d) Prova pratica
 - e) Esame orale
 - f) Verifica a distanza di tempo delle ricadute dell'attività formativa: Questionario on-line o cartaceo
 - g) Verifica a distanza di tempo delle ricadute dell'attività formativa: Incontro per l'analisi dell'impatto delle attività formative sulla pratica professionale

PROGRAMMA

1^ GIORNATA DI FORMAZIONE

Ore 08,45 Registrazione dei partecipanti

TITOLO: il dolore oncologico: fisiopatologia, misurazione, monitoraggio ed approccio multidisciplinare

OBIETTIVO: acquisire conoscenze atte ad una gestione corretta del dolore tumorale

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
09:00 – 10:00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Epidemiologia e fisiopatologia del dolore tumorale
Docente M. Visentin (medico) / Sostituto L Trentin		
10:00 – 11:00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	I fattori che influenzano l'esperienza del dolore nella malattia tumorale (interazioni tra dolore ed altre cause di sofferenza: somatiche, psicologiche e sociali. Il dolore totale)
Docente M. Partitico(psicologa) / Sostituto R.Ferrari		

11:00 – 11:15 pausa

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
11:15 – 13:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	La rilevazione e la misurazione del dolore (come rilevare e misurare correttamente il dolore con le apposite scale validate)
Docente M. Partinico, M. Visentin, M. Martini (sost. Di Martini: S. Talarico)		

13:00 – 14:00 pausa

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
14:00 – 16:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	Il monitoraggio del dolore e degli altri sintomi (l'importanza di monitorare l'andamento del dolore, unitamente agli altri sintomi, con appositi strumenti)
Docente M. Partitico, M. Visentin, M. Martini		
16:00 – 17:30	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo	Ruolo delle terapie oncologiche, radioterapiche, ortesiche, ortopediche, neurochirurgiche nel dolore tumorale
Docente Zagonel / Sostituto A. Bruno		

2^ GIORNATA DI FORMAZIONE

TITOLO: i farmaci analgesici per il trattamento del dolore tumorale

OBIETTIVO: acquisire conoscenze sul trattamento del dolore oncologico con i farmaci analgesici

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
09:00 – 9:45	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo	I farmaci analgesici: non oppioidi, oppioidi deboli, oppioidi forti, adiuvanti. Farmacologia clinica.
Docente L. Trentin / Sostituto M. Visentin		
09:45 – 11:00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo	I farmaci analgesici: non oppioidi, oppioidi deboli, oppioidi forti, adiuvanti. Casi clinici e protocolli di impiego.
Docente L. Trentin / Sostituto M. Visentin		

11:00 – 11:15 pausa

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
11:15 – 13.00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto)	Come ottenere il controllo dei vari tipi di dolore tumorale con l'impiego di farmaci analgesici (analisi di casi clinici e discussione. Derivazione di linee guida).
Docente L. Trentin, S. Lusso sost. Di Lusso: W. Ceppinati		

13:00 – 14:00 pausa

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
14:00 – 16:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto)	Il dolore tumorale apparentemente non responsivo. Protocolli di trattamento (analisi di casi clinici e discussione. Derivazione di linee guida).
Docente L. Trentin, S. Lusso sost. Di Lusso: W. Ceppinati		
16:00 – 17:30	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo	Prescrizione, dispensazione e somministrazione di farmaci analgesici nei diversi <i>setting</i> assistenziali. Educazione del <i>caregiver</i> .
Docente L. Trentin, S. Lusso sost. Di Lusso: W. Ceppinati		

3° GIORNATA DI FORMAZIONE

TITOLO: Problemi gastrointestinali e respiratori

OBIETTIVO: acquisire conoscenze atte ad una gestione corretta dei principali sintomi respiratori

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
09:00 – 10.00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Valutazione e gestione di: Disfagia e dispepsia Sindrome di anoressia-cachessia Nausea e vomito Stipsi
Docente:Medico: Romanelli G.Vito / Sostituto :Medico: Gastaldo Massimo Docente: Infermiere: Cecchetto Massimo/ Sostituto: Infermiere: Rizzato Matteo		
10.00 – 11:00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Valutazione e gestione di: Occlusione intestinale Ascite Ittero e prurito Idratazione e indicazioni al supporto nutrizionale
Docente : Medico: Romanelli G.Vito Sostituto :Medico: Gastaldo Massimo ; Docente: Infermiere: Cecchetto Massimo/ Sostituto: Infermiere: Rizzato Matteo		

11:00 – 11:15 pausa

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
11:15 – 13:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	Lavoro a piccoli gruppi su casi clinici e presentazione con discussione in plenaria
Docente : Medico: Romanelli G.Vito Sostituto :Medico: Gastaldo Massimo ; Docente: Infermiere: Cecchetto Massimo/ Sostituto: Infermiere: Rizzato Matteo		

13:00 – 14:00 pausa

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
14:00 – 16:00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Valutazione e gestione della dispnea Valutazione e gestione della tosse, singhiozzo ed emottisi
Docente: Medico: Micheletto		
16:00 – 17:30	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione	Lavoro a piccoli gruppi su casi clinici e presentazione con discussione in plenaria

	plenaria con esperto	
Docente : Medico: Micheletto		

4° GIORNATA DI FORMAZIONE

TITOLO: Problemi neuropsicologici		
OBIETTIVO: acquisire conoscenze atte ad una gestione corretta dei principali sintomi neuropsicologici		
Orario	Metodologia Didattica	Argomento
09:00 – 09:30	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Epidemiologia dei disturbi neuropsicologici nel malato oncologico avanzato
Docente: Medico: Melo Massimo		
Docente: Infermiere: Barbon Maurizio		
09:30 – 11:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	Delirium
Docente: Medico: Melo Massimo		
Docente: Infermiere: Barbon Maurizio		

11:00 – 11:15 pausa

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
11:15 – 13:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	Depressione
Docente: Medico: Melo Massimo		
Docente: Infermiere: Barbon Maurizio		

13:00 – 14:00 pausa

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
14:00 – 15:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	Disturbo d'ansia
Docente: Medico: Melo Massimo		
Docente: Infermiere: Barbon Maurizio		
15:00 – 15:45	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	I problemi neuropsicologici del malato con tumore cerebrale primitivo o metastatico

Docente: Medico: Ferrarese

15:45 – 17:30	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	Inquadramento clinico del malato con tumore cerebrale primitivo o metastatico
---------------	--	---

Docente: Medico: Ferrarese

5° GIORNATA DI FORMAZIONE

TITOLO: Problemi metabolici e nutrizionali

OBIETTIVO: acquisire conoscenze atte ad una gestione corretta della sindrome anoressico-cachettica, dell'astenia

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
09.00 – 11:00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	La sindrome anoressia-cachessia e l'astenia
Docente: medico: G. Gobber; infermiere: A. Ventimiglia		

11:00 – 11.15 PAUSA

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
11.15 – 13.00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	Gestione e trattamento del paziente con sindrome anoressico-cachettica e astenico
Docente: medico: G. Gobber; infermiere: A. Ventimiglia		

13:00 – 14:00 PAUSA PRANZO

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
14.00 – 16.00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo	L'idratazione e supporti nutrizionali artificiali nelle fasi terminali di malattia: aspetti clinici ed etici
16.00 – 17.30	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	I problemi metabolici (iper- ipocalcemia, disionemie, SIADH, ecc.)
Docente: medico: G. Gobber; infermiere: A. Ventimiglia		

6° GIORNATA DI FORMAZIONE

TITOLO: Problemi urologici, dermatologici ed ematologici

OBIETTIVO: acquisire conoscenze atte ad una gestione corretta dei principali sintomi urologici, dermatologici ed ematologici

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
9.00 – 9.30	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Le problematiche urologiche: ostruzione urinaria acuta, la nefrostomia
9.30– 10.15	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Le problematiche urologiche: le fistole urinarie, le indicazioni e le controindicazioni al cateterismo vescicale
10.15 – 11.00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo	Le problematiche urologiche: i problemi della sfera sessuale
Docente medico: M. Zago ; infermiere: T. Favretto		

11.00- 11.15 PAUSA

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
11.00 – 13.00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	La gestione dei problemi cutanei (prurito, ulcere neoplastiche, decubiti, sindromi paraneoplastiche, sudorazione). L'ittero. I linfedemi
Docente medico: M. Zago ; infermiere: T. Favretto		

13:00 – 14:00 PAUSA PRANZO

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
14.00 – 15.00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	La gestione delle infezioni nella terminalità. La febbre, la terapia antibiotica.
15.00– 16.00	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	I problemi ematologici: l'anemia e le indicazioni alla trasfusione
16.00– 16.45	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	I problemi ematologici: la gestione degli eventi emorragici
16.45 – 17.30	B2 Presentazione e discussione di problemi o	I problemi ematologici: i disturbi emocoagulativi

	di casi didattici in grande gruppo)	
--	-------------------------------------	--

Docente: medico: P. Manno Sostituto M. Riolfi

7° GIORNATA DI FORMAZIONE

TITOLO: ultimi giorni di vita; sedazione palliativa/terminale

OBIETTIVO: acquisire conoscenze atte ad una gestione corretta dei principali problemi correlati agli ultimi giorni di vita ed alla gestione dei sintomi refrattari ed applicazione della sedazione terminale/palliativa

Orario	Metodologia Didattica	Argomento
09:00 – 09:30	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Il paradigma delle cure nel contesto delle malattie inguaribili
Docente: Medico: De Chirico Docente: Infermiere: Dei Tos		
09:30 – 11:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	Inquadramento clinico del paziente in condizione di fine vita
Docente: Medico: De Chirico Docente: Infermiere: Dei Tos		
11:00 – 11:15 pausa		
Orario	Metodologia Didattica	Argomento
11:15 – 11:30	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Organizzazione delle cure e criteri di comportamento nel fine vita
Docente: Medico: De Chirico Docente: Infermiere: Dei Tos		
11:30 – 13:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	Definizione degli aspetti organizzativi e comportamentali e di proporzionalità nelle cure di fine vita
Docente: Medico: De Chirico Docente: Infermiere: Dei Tos		
13:00 – 14:00 pausa		
Orario	Metodologia Didattica	Argomento
14:00 – 14:30	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Definizione di sedazione palliativa e terminale
Docente: Medico: De Chirico Docente: Infermiere: Dei Tos		
14:30 – 16:00	C3 Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su	Inquadramento clinico del paziente che necessita di sedazione terminale/palliativa

	problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto	
Docente: Medico: De Chirico		
Docente: Infermiere: Dei Tos		
16:00 – 16:45	C2 Role playing	La comunicazione con i familiari
Docente: Medico: De Chirico / Sostituto :Medico:		
Docente: Infermiere: Dei Tos / Sostituto: Infermiere:		
16:45 – 17:15	B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo)	Modalità di applicazione della sedazione
Docente: Medico: De Chirico		
Docente: Infermiere: Dei Tos		

17:15 – 17:30 Questionario di gradimento e test finale

B) STRUTTURAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Il numero di minori suscettibili di cure palliative pediatriche è contenuto. Questo rende improponibile la costituzione di nuclei dedicati alle cure pediatriche in ogni azienda. Ma proprio per questo è necessario che, accanto al Centro regionale di riferimento presso l'azienda Ospedaliera di Padova, possa essere disponibile una quota di personale presso le aziende, qualora si rendesse necessario, che possa condurre, con e sotto la guida del Centro, l'assistenza del minore malato al domicilio.

A questo scopo è stato strutturato un percorso d'aula per formare il personale non dedicato alle cure palliative pediatriche, come di seguito indicato.

Si ipotizza di sviluppare due edizioni del corso per il 2011.

Regione del Veneto
Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari
Coordinamento regionale
per le cure palliative e la lotta al dolore

Corso

Per lo sviluppo della rete regionale di cure palliative pediatriche I parte

Premesse e descrizione sintetica dei contenuti

Con la DGR 4029/2003 "Attivazione della Rete Regionale di assistenza ai minori con patologia inguaribile-terminale e istituzione del Centro di Riferimento Regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica presso l'Azienda Ospedaliera di Padova", la Regione del Veneto ha definito indirizzi per le cure palliative e la lotta al dolore in ogni Azienda ULSS. Per consolidare atteggiamenti e comportamenti orientati alla tutela dei minori, è opportuno strutturare referenze locali, mediche e infermieristiche, preferibilmente sostenute da supporti psicologici e sociali, in grado di condividere con il Centro di Riferimento Regionale, le cure necessarie per i neonati, bambini e adolescenti con patologie inguaribili e a fine vita

Obiettivi complessivi del corso

Il corso si propone di fornire ad operatori, facenti parte delle Aziende ULSS e Ospedaliere, le conoscenze e le competenze necessarie alla gestione di minori con patologia inguaribile-terminale, conducendo alla costituzione di una Rete Regionale di assistenza specifica.

Obiettivi specifici e contenuti

Al termine del corso i partecipanti, per far fronte alla responsabilità assistenziale, dovrebbero avere consapevolezza e attitudine ad affrontare i problemi di salute dei minori e del loro contesto familiare esprimendo:

- capacità tecniche consolidate;
- attitudine all'analisi dei problemi del minore e del suo contesto familiare, nonché al lavoro secondo un progetto;
- rispetto, tutela e valorizzazione delle convinzioni e dei desideri del minore e del contesto relazionale.

Coerentemente, particolare attenzione andrà rivolta alle seguenti tematiche:

- valutazione e scelta di priorità tra i problemi di salute
- formulazione d'obiettivi di salute raggiungibili e condivisi dal minore e dal suo contesto familiare
- progettazione congiunta tra tutti gli operatori di piani assistenziali personalizzati, coerenti con gli obiettivi di salute;
- valorizzazione delle risorse offerte dalla rete dei servizi alla persona e delle risorse informali, secondo i criteri del lavoro di comunità';
- valutazione dell'assistenza, sia dell'efficacia assistenziale che degli aspetti gestionali.

Infine, la dimensione metodologica richiede una particolare attenzione alle implicazioni e ricadute etiche delle decisioni, secondo il rispetto della autonomia della persona, il diritto al bene possibile e l'accesso alle cure necessarie, come criteri sovraordinati per il funzionamento dell'équipe.

L'evento è coerente con l'Obiettivo nazionale/regionale di Educazione Continua in Medicina: "Qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari."

Metodologie didattiche

Il corso è strutturato per utilizzare al massimo le tecniche interattive e la cooperazione tra pari. Saranno utilizzati prevalentemente il lavoro per piccoli gruppi, i role playing e le discussioni con la conduzione dei docenti,

Materiale didattico

Sarà consegnato ai partecipanti un CD ROM con diapositive delle relazioni, testi di approfondimento e bibliografia.

Metodo di verifica dell'apprendimento

Test finale d'apprendimento

Direzione scientifica

Franca Benini – Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

Marco Bonetti – Direttore dell'Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore

Destinatari e numero di partecipanti

Il corso è destinato a medici ospedalieri e di libera scelta, infermieri e psicologi.

Ogni Azienda ULSS e Ospedaliera, dispone, in via ordinaria, di tre posti, distribuibili nelle due edizioni del corso. Compatibilmente con le esigenze di ogni azienda, è possibile chiedere l'iscrizione di più partecipanti ad ogni singola edizione, fermo restando il numero massimo attribuito.

Sede

I corsi si svolgeranno a Padova, presso le aule del Dipartimento di Pediatria, v. Giustiniani 3. (il Dipartimento di Pediatria si trova sul lato opposto della strada, di fronte l'ingresso principale dell'ospedale). Si consiglia di arrivare a Padova in treno e di raggiungere l'ospedale a piedi (15' circa) o con i mezzi pubblici. Nei pressi dell'ospedale sono comunque presenti parcheggi silos. Non è permesso parcheggiare all'interno del cortile ospedaliero.

ECM

Il corso è accreditato ECM

Corpo docente

Franca Benini – medico, Dipartimento di pediatria, Università degli Studi di Padova

Marco Bonetti – medico, Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore

Nilla Verzolatto – psicologo, A.ULSS 10, Regione Veneto

Sessioni	Contenuti	Docenti	Metodi didattici	
<u>Prima giornata</u> <i>I sessione</i> Aspetti di definizione e dimensionamento delle cure palliative pediatriche	9.00 – 10.00 Definizioni di Cure palliative pediatriche I tre livelli di cure palliative pediatriche (il docente introdurrà gli aspetti generali delle cure palliative in campo pediatrico)	Franca Benini Marco Bonetti	A2 (60')	
	10.00 – 11.00 Elementi caratterizzanti le cure palliative pediatriche (I parte): le specificità d'approccio (il docente affronterà, utilizzando casi clinici esemplari, le caratteristiche d'approccio al bambino inguaribile e a fine vita)	Franca Benini Marco Bonetti	B2 (60')	
	<i>11.00 – 11.15 coffee break</i>			
	11.15 – 13.00 Elementi caratterizzanti le cure palliative pediatriche (II parte): la popolazione eleggibile (il docente affronterà, utilizzando casi clinici esemplari, le tipologie cliniche del bambino inguaribile e a fine vita)	Franca Benini Marco Bonetti	A1 (30') B2 (75')	
	<i>13.00 – 14.00 pranzo</i>			
	14.00 – 16.00 Elementi caratterizzanti le cure palliative pediatriche (III parte): epidemiologia della terminalità pediatrica (il docente affronterà, utilizzando tecniche di mappatura, le modalità di descrizione delle tipologie cliniche del bambino inguaribile e a fine vita)	Franca Benini Marco Bonetti	A1 (30') C3 (90')	
<u>Seconda giornata</u> <i>II sessione</i> Aspetti comunicativi e relazionali nel contesto familiare	<i>16.00 – 16.15 coffee break</i>		A1 (30') C2 (60')	
	16.15 – 18.00 Elementi caratterizzanti le cure palliative pediatriche (IV parte): il sistema di cura (il docente affronterà, anche utilizzando un role playing, la composizione del sistema di cura del bambino inguaribile e a fine vita, formato dalla famiglia e dagli operatori)	Franca Benini Marco Bonetti	A2 (60') C3 (60')	
	9.00 – 11.00			

<p>del bambino inguaribile e a fine vita</p>	<p>Un sistema che cura e da curare: aspetti relazionali (I parte) (il docente introdurrà gli aspetti psicologici generali delle cure palliative in campo pediatrico, con una particolare attenzione alle relazioni familiari)</p> <p><i>11.00 – 11.15 coffee break</i></p>	<p>Nilla Verzolatto</p>	<p>C2 (60') A2 (45')</p>
<p>III sessione L'approccio per problemi</p>	<p>11.15 – 13.00 Un sistema che cura e da curare: aspetti relazionali (II parte) (il docente introdurrà gli aspetti psicologici generali delle cure palliative in campo pediatrico, con una particolare attenzione alle relazioni familiari)</p> <p><i>13.00 – 14.00 pranzo</i></p>	<p>Marco Bonetti Franca Benini</p>	<p>B3 (120')</p>
<p><u>Terza giornata</u></p>	<p>14.00 – 16.00 Definizione di un problema di salute (il docente propone un approccio metodologico verso i problemi di salute del bambino e del suo contesto familiare)</p> <p><i>16.00 – 16.15 coffee break</i></p>	<p>Marco Bonetti Franca Benini</p>	<p>A2 (30') C3 (75')</p>
	<p>16.15 – 18.00 Dimensioni di un problema di salute (il docente propone un approccio metodologico verso i problemi di salute del bambino e del suo contesto familiare)</p>	<p>Marco Bonetti Franca Benini</p>	<p>A2 (30') C3 (90')</p>
	<p>9.00 – 11.00 La definizione di obiettivi di salute (il docente propone un approccio metodologico verso i problemi di salute del bambino e del suo contesto familiare)</p> <p><i>11.00 – 11.15 coffee break</i></p>	<p>Marco Bonetti Franca Benini</p>	<p>A2 (60') C2 (45')</p>
	<p>11.15 – 13.00 La riunione di equipe (I parte): aspetti di metodo (il docente propone un approccio metodologico alla cooperazione verso i problemi di salute del bambino e del suo contesto familiare)</p> <p><i>13.00 – 14.00 pranzo</i></p>	<p>Marco Bonetti Franca Benini</p>	<p>C3 (120')</p>
	<p>14.00 – 16.00</p>		

	<p>La riunione di equipe (II parte): aspetti di metodo (il docente propone un approccio metodologico alla cooperazione verso i problemi di salute del bambino e del suo contesto familiare)</p> <p>16.00 – 16.15 coffee break</p> <p>16.15 – 18.00 Un sistema informativo centrato sui problemi di salute (il docente propone un approccio metodologico alla costituzione di un sistema informativo verso i problemi di salute del bambino e del suo contesto familiare)</p> <p>17.45 – 18.00 test finale</p>	<p>Marco Bonetti Franca Benini</p>	<p>A2 (30') C3 (75')</p>
--	---	--	------------------------------

Regione del Veneto
Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari
Coordinamento regionale
per le cure palliative e la lotta al dolore

Corso

**Per lo sviluppo della rete regionale
di cure palliative pediatriche
II parte**

Premesse e descrizione sintetica dei contenuti

Con la DGR 4029/2003 “Attivazione della Rete Regionale di assistenza ai minori con patologia inguaribile-terminale e istituzione del Centro di Riferimento Regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica presso l’Azienda Ospedaliera di Padova”, la Regione del Veneto ha definito indirizzi per le cure palliative e la lotta al dolore in ogni Azienda ULSS. Per consolidare atteggiamenti e comportamenti orientati alla tutela dei minori, è opportuno strutturare referenze locali, mediche e infermieristiche, preferibilmente sostenute da supporti psicologici e sociali, in grado di condividere con il Centro di Riferimento Regionale, le cure necessarie per i neonati, bambini e adolescenti con patologie inguaribili e a fine vita

Obiettivi complessivi del corso

Il corso si propone di fornire ad operatori, facenti parte delle Aziende ULSS e Ospedaliere, le conoscenze e le competenze necessarie alla gestione di minori con patologia inguaribile-terminale, conducendo alla costituzione di una Rete Regionale di assistenza specifica.

Obiettivi specifici e contenuti

Al termine del corso i partecipanti, per far fronte alla responsabilità assistenziale, dovrebbero avere consapevolezza e attitudine ad affrontare i problemi di salute dei minori e del loro contesto familiare esprimendo:

- capacità tecniche consolidate;
- attitudine all'analisi dei problemi del minore e del suo contesto familiare, nonché al lavoro secondo un progetto;
- rispetto, tutela e valorizzazione delle convinzioni e dei desideri del minore e del contesto relazionale.

Coerentemente, particolare attenzione andrà rivolta alle seguenti tematiche:

- valutazione e scelta di priorità tra i problemi di salute
- formulazione d'obiettivi di salute raggiungibili e condivisi dal minore e dal suo contesto familiare
- progettazione congiunta tra tutti gli operatori di piani assistenziali personalizzati, coerenti con gli obiettivi di salute;
- valorizzazione delle risorse offerte dalla rete dei servizi alla persona e delle risorse informali, secondo i criteri del lavoro di comunità';
- valutazione dell'assistenza, sia dell'efficacia assistenziale che degli aspetti gestionali.

Infine, la dimensione metodologica richiede una particolare attenzione alle implicazioni e ricadute etiche delle decisioni, secondo il rispetto della autonomia della persona, il diritto al bene possibile e l'accesso alle cure necessarie, come criteri sovraordinati per il funzionamento dell'équipe.

L'evento è coerente con l'Obiettivo nazionale/regionale di Educazione Continua in Medicina: **“Qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari.”**

Metodologie didattiche

Il corso è strutturato per utilizzare al massimo le tecniche interattive e la cooperazione tra pari. Saranno utilizzati prevalentemente il lavoro per piccoli gruppi, i role playing e le discussioni con la conduzione dei docenti,

Materiale didattico

Sarà consegnato ai partecipanti un CD ROM con diapositive delle relazioni, testi di approfondimento e bibliografia.

Metodo di verifica dell'apprendimento

Test finale d'apprendimento

Direzione scientifica

Franca Benini – Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

Marco Bonetti – Direttore dell'Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore

Destinatari e numero di partecipanti

Il corso è destinato a medici ospedalieri e di libera scelta, infermieri e psicologi.

Ogni Azienda ULSS e Ospedaliera, dispone, in via ordinaria, di tre posti, distribuibili nelle due edizioni del corso. Compatibilmente con le esigenze di ogni azienda, è possibile chiedere l'iscrizione di più partecipanti a ogni singola edizione, fermo restando il numero massimo attribuito.

Sede

I corsi si svolgeranno a Padova, presso le aule del Dipartimento di Pediatria, v. Giustiniani 3. (il Dipartimento di Pediatria si trova sul lato opposto della strada, di fronte l'ingresso principale dell'ospedale).

ECM

Il corso è accreditato ECM

Corpo docente

Maria Carolina Barbazza – medico, pediatra di libera scelta

Franca Benini – medico, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Padova

Paolo Biban – medico, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Verona

Marco Bonetti – medico, Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore

Piera Lazzarin – infermiera, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Padova

Paola Paiusco – medico, A.ULSS 8, Regione Veneto

Manuela Trapanotto – psicologo, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Padova

Sessioni	Contenuti	Docenti	Metodi didattici
<p><u>Prima giornata</u> <i>IV sessione</i> Aspetti clinici e assistenziali</p>	<p>9.00 – 11.00 Il paziente oncologico: gestione dei sintomi e dei trattamenti palliativi (I parte) (I docenti sviluppano gli aspetti clinici e assistenziali nella cura del bambino inguaribile o a fine vita)</p> <p><i>11.00 – 11.15 coffee break</i></p> <p>11.15 – 13.00 Il paziente oncologico: gestione dei sintomi e dei trattamenti palliativi (II parte) (I docenti sviluppano gli aspetti clinici e assistenziali nella cura del bambino inguaribile o a fine vita)</p> <p><i>13.00 – 14.00 pranzo</i></p> <p>14.00 – 16.00 Il paziente non oncologico: gestione dei sintomi e dei trattamenti palliativi (I parte) (I docenti sviluppano gli aspetti clinici e assistenziali nella cura del bambino inguaribile o a fine vita)</p> <p><i>16.00 – 16.15 coffee break</i></p> <p>16.15 – 18.00 Il paziente non oncologico: gestione dei sintomi e dei trattamenti palliativi (II parte) (I docenti sviluppano gli aspetti clinici e assistenziali nella cura del bambino inguaribile o a fine vita)</p>	<p>Franca Benini, Piera Lazzarin</p> <p>Franca Benini, Piera Lazzarin</p> <p>Franca Benini, Piera Lazzarin</p> <p>Franca Benini, Piera Lazzarin</p>	<p>A2 (30') B2 (90')</p> <p>A2 (30') B2 (75')</p> <p>A2 (30') B2 (90')</p> <p>A2 (30') B2 (75')</p>
<p><u>Seconda giornata</u> La costituzione della rete regionale</p>	<p>9.00 – 11.00 Aspetti normativi nazionali e regionali (il docente, attraverso simulazioni e discussioni di casi, prospetta il trasferimento dei contenuti normativi nella pratica organizzativa)</p> <p><i>11.00 – 11.15 coffee break</i></p> <p>11.15 – 13.00 Aspetti di cooperazione tra il Centro Regionale e i nodi della rete (I parte): la gestione domiciliare</p>	<p>Franca Benini Paola Paiusco</p> <p>Franca Benini Maria Carolina Barbazza</p>	<p>A2 (30') C3 (90')</p> <p>A2 (30'') C3 (75')</p>

	<p>(il docente, attraverso simulazioni e discussioni di casi, prospetta il trasferimento dei contenuti normativi nella pratica organizzativa)</p> <p><i>13.00 – 14.00 pranzo</i></p> <p>14.00 – 16.00 Aspetti di cooperazione tra il Centro Regionale e i nodi della rete (II parte): la gestione in ospedale (il docente, attraverso simulazioni e discussioni di casi, prospetta il trasferimento dei contenuti normativi nella pratica organizzativa)</p> <p><i>16.00 – 16.15 coffee break</i></p> <p>16.15 – 17.45 Aspetti di cooperazione tra il Centro Regionale e i nodi della rete (III parte): la gestione in hospice (il docente, attraverso simulazioni e discussioni di casi, prospetta il trasferimento dei contenuti normativi nella pratica organizzativa)</p> <p>17.45 – 18.00 test finale</p>	<p>Franca Benini Paolo Biban</p> <p>Franca Benini Manuela Trapanotto</p>	<p>A2 (30') C3 (90')</p> <p>A2 (30') C3 (60')</p>
--	--	--	---

**C) STRUTTURAZIONE DI UNA RETE DI REFERENTI AZIENDALI
PER IL DOLORE**

La Regione del Veneto intende sostenere e consolidare la rete dei referenti medici e infermieristici per il dolore in seno a ogni Azienda ULSS, Ospedaliera e presso gli IIRCCS.

La costituzione di reti locali di professionisti, impegnati a diffondere competenza, atteggiamenti e comportamenti adeguati a un'appropriate valutazione e un efficace trattamento del dolore, risponde anche allo spirito e alle indicazioni contenute nella L. 38/2010 e rappresenta una scelta strategica per la tutela dei cittadini della Regione.

Ai sensi della DGRV 1090/2008, in ogni azienda deve essere strutturata una rete di referenti del dolore, composta da un medico e da un infermiere per ogni reparto o servizio, con il compito di promuovere la cultura del trattamento analgico e la tutela verso il cittadino con dolore.

Questa rete si affianca, e in qualche modo ne rappresenta una ulteriore ramificazione, a quella dei servizi ambulatoriali presenti in tutte le Aziende ULSS e Ospedaliere.

Il numero dei referenti è complessivamente consistente. Pertanto, per provvedere alla loro formazione in modo capillare, è stato previsto un doppio percorso formativo e valutativo.

In particolare, si intende strutturare una rete di formatori locali che possa sostenere il lavoro di formazione dei referenti presso ogni azienda e provvedere ad un sistema di valutazione d'impatto dei referenti e dei progetti di miglioramento della qualità prescrittiva che potranno essere progettati e realizzati. Il lavoro di formazione dei formatori locali è condotto con un corso, in tre edizioni, come di seguito illustrato.

PROMUOVERE LA RETE AZIENDALE DI LOTTA AL DOLORE
Corso di formazione per componenti dei comitati aziendali contro il dolore e referenti di reparto per il dolore.

Presentazione

Il dolore, inteso come esperienza non solo fisica, ma come stato globale di fragilità e di disabilità, genera un'insufficiente qualità di vita. Le persone hanno il diritto di vivere senza sofferenze inutili e di ricevere cure adeguate ai loro problemi di salute e di relazione. Il trattamento antalgico, quindi, dovrebbe essere offerto a tutte le persone, sia a coloro che ne abbiano bisogno transitoriamente, sia a coloro che, per le condizioni di patologia avanzata, soffrono in modo continuativo. Per farvi fronte sono previsti passaggi dai livelli più diffusi di cure, maggiormente accessibili per i cittadini, fino a quelli di complessità elevata e di competenza più specifica. Il trattamento del dolore deve ritenersi quindi la soglia minima d'offerta sulla quale poggiano altri trattamenti, ed esprime una delle modalità più ricorrenti ed esplicite del "prendersi cura" delle persone sofferenti, secondo una cornice che risolve l'equivoco del trattamento del dolore come di un impegno specialistico o marginale nella pratica professionale quotidiana. Per altro, la cura delle persone comporta una quota sempre più importante di risorse, di tempo e di consapevolezza professionale, incrociandola con convinzioni e dubbi sull'opportunità e sulle dimensioni delle pratiche sanitarie, comunicazioni profonde e incertezze relazionali, interventi individuali e d'équipe, approcci valutativi clinici e non, modalità di progettazione e d'assistenza più partecipate con i malati, facendone anche un luogo del pensiero e della tutela che rinvia, per tutti gli operatori sociosanitari, a riflessioni profonde, spesso condivise e maturate con gli stessi assistiti.

Con la DGR 1090/2008 e, in misura ulteriormente più autorevole, con la L.R 7/2009, la lotta al dolore è una priorità dei servizi sanitari e sociosanitari della Regione del Veneto. All'interno di questa normativa è prevista l'adozione della valutazione del dolore come parametro vitale (aspetto ripreso dalla L. 38/2010) e la costituzione di reti locali di referenti per il dolore. Questa presenza capillare di medici e infermieri a sostegno, presso i servizi di appartenenza e i luoghi di lavoro, di un'attenzione e di una pratica orientate all'appropriata analgesia, accompagnata da un impegno a sostenere piccole iniziative di MCQ (Miglioramento Continuo della Qualità), nelle intenzioni del legislatore dovrebbero creare le condizioni per riparare i cittadini dal rischio di un mancato trattamento del dolore inutile.

Come facilmente intuibile, al di là di alcuni elementi di competenza clinica specifica, la risorsa dei referenti è soprattutto orientata a diffondere approcci e comportamenti maggiormente orientati alla cura.

Per la realizzazione di una rete effettiva e capace di referenti per il dolore, un ruolo decisivo è svolto dal Comitato aziendale contro il dolore (ai sensi della DGR 309/2003), cui viene demandato il compito di motivare e alimentare la rete dei referenti.

Il corso si propone di favorire questo processo nelle Aziende regionali, contribuendo all'attuazione di quanto auspicato normativamente, favorendo una riflessione sul profilo dei referenti e sul loro ruolo, nonché sulle relazioni e le sinergie che possono essere sviluppate con il Comitato Aziendale contro il dolore.

Il corso è organizzato in due moduli distinti per tre edizioni: il primo dedicato agli aspetti di strategia e di consapevolezza della rete dei referenti, con una preoccupazione etica; il secondo di carattere più pratico sulle iniziative attuabili in sede aziendale.

Responsabile scientifico

Marco Bonetti

Segreteria Scientifica

Marco Bonetti, Renata Ferrari, Gio Batta Gottardi, Marco Visentin.

Destinatari

Il corso è prioritariamente destinato ai componenti del Comitato Aziendale Contro il Dolore e ai referenti della rete aziendale. È auspicata anche la partecipazione di operatori che, pur non appartenendo alla rete dei referenti o al comitato aziendale, svolgono un ruolo importante nello sviluppo dei programmi di lotta al dolore nelle aziende e/o che svolgono compiti di formazione locale.

Il corso è quindi destinato a tutte le figure professionali.

Numero massimo dei partecipanti: 25

Sede

A.ULSS 6, Vicenza

Obiettivi dell'evento

OB1 Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti

OB3 Fare migliorare le capacità relazionali e comunicative

OB4 Far acquisire competenze per l'analisi e la risoluzione dei problemi nei vari contesti

Obiettivo generale del corso

Al termine del corso i partecipanti, dopo aver acquisito stimoli idonei e strumenti operativi di supporto, saranno in grado di proporre piani di miglioramento, volti ad affrontare problematiche tipiche del campo d'azione del referente di reparto per la lotta al dolore, al fine di riportare il più diffusamente possibile nelle diverse realtà aziendali sanitarie del Veneto esempi di *best practice* nel campo della terapia antalgica.

Obiettivi specifici del corso

1. Riconoscere le problematiche tipiche afferenti all'area della lotta al dolore e delle cure palliative evocate dall'analisi critica dei dati epidemiologici regionali sul tema.
2. Interrogarsi sulle dimensioni etiche, organizzative e gestionali dei problemi emersi al fine di costruire un profilo condiviso delle attività del referente di reparto per la lotta al dolore.
3. Costruire un elenco di obiettivi di miglioramento verso liste di problemi, evidenziati come affrontabili, quali basi di azioni migliorative.
4. Predisporre un piano di approccio operativo verso problemi emersi nel contesto organizzativo tipico di un referente di reparto per la lotta al dolore.

Tipologia dell'evento

Corso di formazione finalizzato allo sviluppo professionale continuo (con attività didattiche fortemente interattive)

Metodi didattici

A2	Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore
B2	Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo
C3	Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto

Materiale didattico consegnato ai partecipanti

A fine corso consegna diapositive delle relazioni, testi di approfondimento con bibliografia

Modalità di verifica della presenza

Firma all'ingresso ed all'uscita + modulo di valutazione dell'evento

Strumenti per la verifica dell'apprendimento

Questionario di valutazione a risposta multipla

Docenti

Marco Bonetti, Coordinamento regionale cure palliative e lotta al dolore
Massimo Castoro, Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera Padova
Renata Ferrari, U.O.s Psicologia Ospedaliera, Ospedale S. Bortolo, ULSS 6 Vicenza
Giobatta Gottardi, Medico di medicina generale
Sonia Martin, Ufficio Formazione, ULSS 6 Vicenza
Marilisa Martini, U.O. Medicina, Ospedale S. Bortolo ULSS 6 Vicenza
Lina Minazzato, Servizio di Terapia del Dolore Azienda Ospedaliera Padova
Giorgio Visentin, Medico di medicina generale
Marco Visentin, U.O. Terapia del dolore e cure palliative, Ospedale S. Bortolo ULSS 6 Vicenza

**PROGRAMMA I MODULO
ASPETTI GENERALI PER LA COSTRUZIONE D'UNA RETE AZIENDALE
DI REFERENTI PER IL DOLORE**

1^a giornata 9.00 – 17.30

I Sessione**Presentazione del programma del corso e presentazione dati normativi e epidemiologici delle cure palliative nel Veneto**

Obiettivo:

- **Illustrazione dei contenuti del corso e del metodo di lavoro**

Presentazione del programma di formazione*Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi**A2 Lezione frontale standard (15')*

Obiettivo:

- **Analisi critica prevista dalla normativa nazionale e regionale per l'area del trattamento del dolore**

Dati normativi nel trattamento del dolore*Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi**B2 Presentazione e discussione di problemi in grande gruppo (45')*

Obiettivo:

- **Analisi critica dei dati epidemiologici nazionali e regionali sul tema del trattamento del dolore**

Dati epidemiologici di scenario nella lotta al dolore e cure palliative*Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi**B2 Presentazione e discussione di problemi in grande gruppo (90')***II Sessione:****Valutazione critica delle problematiche**

Obiettivo

- **Riconoscere le problematiche tipiche afferenti all'area del trattamento del dolore evocate dall'analisi critica dei dati epidemiologici regionali sul tema.**

Quali problemi di salute emergono dai dati epidemiologici

Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi

C3 Lavoro a piccoli gruppi con discussione finale in plenaria (120')

Pausa pranzo (60')

Analisi di profondità dei problemi di salute, secondo criteri di priorità, rango, affrontabilità e responsabilità

Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi

C3 – Lavoro a piccoli gruppi con discussione finale in plenaria (120')

Analisi dell'esperienza e del vissuto dei partecipanti: "riconosco" tutti i problemi di salute all'interno dei dati epidemiologici?

Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi

C3 – Lavoro a piccoli gruppi con discussione finale in plenaria (90')

2° giornata 9.00 – 17.30

III Sessione

Quale profilo per il referente di reparto per la lotta al dolore?

Obiettivo:

- **Interrogarsi sulle dimensioni etiche, organizzative e gestionali dei problemi emersi al fine di costruire un profilo condiviso delle attività del referente di reparto per la lotta al dolore.**

I problemi di salute interrogano altre dimensioni: culturale, organizzativa, gestionale

Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi

C3 – Lavoro a piccoli gruppi con discussione finale in plenaria (60')

La costruzione di un profilo operativo di referente al di là della definizione della norma regionale

Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi

C3 – Lavoro a piccoli gruppi con discussione finale in plenaria (90')

La dimensione etica dell'attività del referente.

Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi

B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo (90')

Pausa pranzo (60')

IV Sessione

Dai problemi agli obiettivi di miglioramento.

Obiettivo:

- **Costruire un elenco di obiettivi di miglioramento verso liste di problemi affrontabili, per lo sviluppo di azioni migliorative**

Approcci metodologici

Marco Bonetti - Gio Batta Gottardi

A2 Lezione frontale standard (60')

La costruzione di un set di obiettivi di miglioramento

Marco Bonetti - Gio Batta Gottardi

C3 – Lavoro a piccoli gruppi con discussione finale in plenaria (90')

Socializzare gli obiettivi di miglioramento

Marco Bonetti – Gio Batta Gottardi

B2 Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo (60')

3° giornata 9.00 – 17.30

V sessione

I piani operativi di miglioramento.

Obiettivo:

- **Predisporre un piano di approccio operativo verso problemi emersi nel contesto organizzativo tipico di un referente di reparto per la lotta al dolore.**

Approcci metodologici

Marco Bonetti - Gio Batta Gottardi

A2 Lezione frontale standard (60')

Dagli obiettivi di miglioramento alla pianificazione di un progetto di miglioramento.

Marco Bonetti - Gio Batta Gottardi

C3 – Lavoro a piccoli gruppi con discussione finale in plenaria (180')

Pausa pranzo (60')

Valutazione di un progetto di miglioramento

Marco Bonetti - Gio Batta Gottardi

C3 – Lavoro a piccoli gruppi con discussione finale in plenaria (90')

Sviluppare sinergie per la lotta al dolore:

un altro progetto o una costante dei progetti?

Marco Bonetti - Gio Batta Gottardi

C3 – Lavoro a piccoli gruppi con discussione finale in plenaria (120')

Breve valutazione del modulo da parte dei discenti (15')

Test finale di valutazione (15')

**PROGRAMMA II MODULO
STRUMENTI PER LA COSTRUZIONE D'UNA RETE AZIENDALE
DI REFERENTI PER IL DOLORE**

1^a giornata 9.00 – 18.00

I Sessione

Presentazione dei contenuti del modulo e dei principali strumenti per la rilevazione sistematica del dolore

Obiettivo:

- **Introduzione alle problematiche relative alla gestione del dolore nelle seguenti aree: (a) culturale/formativa; (b) rilevazione e misurazione; (c) relazione con il paziente e la famiglia; (d) trattamento; (e) aspetti organizzativi.**

Aspetti problematici relativi alla gestione del dolore

Marco Visentin

A2 – Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto (30')

Obiettivo:

- **Analisi dei bisogni e delle esperienze dei partecipanti nella conduzione dei progetti Contro il Dolore.**

Analisi delle aspettative dei partecipanti rispetto ai contenuti del modulo

Marco Visentin

B2 – Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo (90')

Obiettivo:

- **Richiamo delle scale per la misurazione del dolore indicate da DRG 309/2003; integrazione con strumenti per la rilevazione del dolore nel paziente non comunicante in età evolutiva, nel paziente anziano con deterioramento cognitivo e nel paziente in terapia intensiva.**

Presentazione dei principali strumenti di misurazione del dolore

Renata Ferrari

A2 – Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto (30')

Obiettivo:

- **Individuazione di aree critiche e possibili soluzioni ai problemi relativi alla rilevazione del dolore nelle Aziende di appartenenza.**

Analisi dell'esperienza di utilizzo delle scale indicate ed eventuali aree problematiche.

Renata Ferrari - Marilisa Martini

C3 - Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperti (45')

Pausa pranzo (60')

II Sessione

Modalità farmacologiche e non farmacologiche di gestione del dolore

Obiettivo:

- **Delineare i principi di farmacologia degli analgesici e diverse vie di somministrazione; consumo delle diverse classi di analgesici e raccomandazioni delle società scientifiche.**

Disponibilità e correttezza d'uso dei farmaci analgesici.

Marco Visentin

A2 – Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto (60')

Problematiche inerenti la prescrizione e l'approvvigionamento dei farmaci analgesici.

Marco Visentin - Marilisa Martini

B2 - Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo (60')

Obiettivo:

- **Introduzione all'approccio multidimensionale e multidisciplinare alla gestione del dolore: ambiti di applicazione e figure professionali coinvolte.**

Modalità non farmacologiche di gestione del dolore

Renata Ferrari

A2 – Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto (20')

- **Analisi di esperienze pratiche nel lavoro di equipe.**

L'approccio multidisciplinare al caso clinico.

Renata Ferrari - Marilisa Martini - Marco Visentin

C3 - Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperti (50')

Breve valutazione del modulo da parte dei discenti (30')

2^a giornata 9.00 – 18.00

III Sessione

La comunicazione con il paziente con dolore e la sua famiglia

Obiettivo:

- **Il supporto dei famigliari nella gestione del paziente con dolore; il vissuto dei caregivers ed il cambiamento nei ruoli e negli equilibri famigliari.**

L'integrazione del caregiver nell'equipe di cura.

Lina Minazzato

A2 – Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto (30')

Il coinvolgimento del familiare di riferimento: casi clinici esemplificativi

Lina Minazzato

C3 - Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto (90')

Obiettivo:

- **Individuazione di azioni volte al superamento delle criticità nella programmazione e organizzazione dei progetti di lotta al dolore.**

Indicatori per la verifica dell'attuazione dei programmi aziendali di lotta al dolore.

Marco Visentin

C3 - Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto (105')

Pausa pranzo (60')

IV Sessione

La creazione di protocolli operativi di gestione del dolore in ambito ospedaliero e territoriale

Obiettivi:

- **Adattamento delle linee guida generali ai diversi contesti operativi ospedalieri**

Presentazione di un'esperienza di attuazione del programma di Lotta al Dolore in ambito ospedaliero

Massimo Castoro

A2 – Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto (30')

Analisi dei punti di forza e delle criticità dell'esperienza presentata.

Massimo Castoro

C3 - Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto (90')

Obiettivi:

- **Adattamento delle linee guida generali agli specifici contesti operativi territoriali**

Presentazione di un'esperienza pratica in ambito territoriale

Giorgio Visentin

A2 – Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto (30')

La creazione di protocolli operativi di rilevazione e trattamento del dolore in ambito territoriale.

Giorgio Visentin

C3 - Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto (60')

Breve valutazione del modulo da parte dei discenti (15')

3^a giornata 9.00 – 13.00

V Sessione**La soddisfazione degli utenti per il trattamento del dolore e la formazione degli operatori****Obiettivo:**

- **Presentazione di strumenti per la valutazione della soddisfazione per la gestione del dolore: il Patient Outcome Questionnaire dell'American Pain Society nel paziente adulto e la rilevazione della soddisfazione nel paziente pediatrico.**

La valutazione della prevalenza e della soddisfazione degli utenti per il trattamento del dolore

Renata Ferrari

A2 - Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto (30')

Analisi di un'esperienza di misurazione della soddisfazione per la gestione del dolore in un contesto ospedaliero

Renata Ferrari

C3 - Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto (90')

Obiettivi:

- **I bisogni formativi dell'equipe di cura: analisi di un'esperienza didattica ed ipotesi future.**

La formazione degli operatori: contenuti e metodologie didattiche.

Sonia Martin

A2 - Lezione frontale standard con dibattito tra discenti ed esperto (75')

Breve valutazione del modulo da parte dei discenti (15')**Test finale di valutazione ECM (15')**

La promozione locale della tutela del cittadino con dolore e della rete dei referenti aziendali, si sviluppa secondo due piani di lavoro connessi tra loro.

Il primo, di formazione dei referenti, in collaborazione tra il Coordinamento e le singole Aziende, secondo programmi locali destinati alla motivazione dei referenti al ruolo e all'appropriazione degli strumenti di MCQ (miglioramento continuo della qualità) per sviluppare programmi che innalzino il grado di tutela delle persone con dolore presso i servizi sanitari.

Alla costituzione della rete deve essere affiancato il consolidamento della valutazione del dolore come parametro vitale, come previsto in DGR 1090/2008 e L. 38/2010, ancora oggi largamente disatteso presso i servizi sanitari e sociosanitari.

Per favorire quanto previsto, è riservata una quota parte del finanziamento indicato dalla L.R. 7/2009, art. 11, pari ad almeno €200.000,00 (duecentomila/00) per ciascuno dei due anni 2010 e 2011. Tenuto conto della particolare importanza dello sviluppo delle reti locali di referenti, per gli anni 2010 e 2011 non saranno erogati contributi per altre iniziative aziendali contro il dolore.

L'accesso al contributo, che ha carattere di straordinarietà, è vincolato al rispetto dei seguenti punti:

1. presentazione di un progetto dettagliato relativo alla competenza, al ruolo e ai compiti dei referenti medici e infermieristici per il dolore, nonché dei risultati attesi per la loro azione. Nel progetto dovranno inoltre essere indicati:
 - la pianificazione dello stesso, secondo una scansione annuale (per il 2010 e il 2011), che ne consenta, di conseguenza, un'attenta verifica
 - la responsabilità di progetto
 - la definizione dei costi e il contributo annuale (per il 2010 e 2011) richiesto.

Il progetto dovrà essere deliberato dall'Azienda e inviato in formato cartaceo, con firma di accompagnamento delle SS.LL. alla Direzione Piani e Programmi, e in formato file alla medesima (progsaniatria@regione.veneto.it) e in copia, per conoscenza, al Coordinamento per le cure palliative e la lotta al dolore (marco.bonetti@regione.veneto.it), entro e non oltre il giorno 8 ottobre p.v.;

2. all'atto della richiesta dovrà essere già:
 - composto, deliberato (NB: allegare la Delibera) e operativo il Comitato Aziendale contro il dolore, ai sensi della DGR 309/2003, quale strumento di promozione locale della lotta al dolore e agente di sostegno dello sviluppo della rete dei referenti
 - composto l'elenco dei referenti aziendali per il dolore, come previsto dalla DGR 1090/2008. I nomi dei professionisti individuati e la loro collocazione operativa (reparto, servizio, ecc.) dovranno essere trasmessi, in formato file, al Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, perché provveda a inserirli nel sito regionale e li renda quindi accessibili ai cittadini;
 - predisposta, deliberata (NB: allegare la Delibera) e debitamente diffusa la carta dei diritti del malato con dolore, ai sensi della DGR 1609/2008, nonché averla trasmessa, in formato file, al Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, perché provveda ad inserirla nel sito regionale, rendendola quindi accessibile ai cittadini.

L'accesso ai contributi regionali è inoltre vincolato all'adesione aziendale a un programma regionale di valutazione del trattamento del dolore, di prossima presentazione, del quale sono di seguito indicati i caratteri

salienti. Gli aspetti di metodo e di progettazione, in particolare degli strumenti di ricerca, sono stati messi a punto nel corso del 2009 – primo semestre 2010.

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA DEL TRATTAMENTO DEL DOLORE SECONDO PRINCIPI DI QUALITA'

A) PREMESSE

La Regione del Veneto, pur vantando negli ultimi anni un miglioramento nel trattamento del dolore, risulta ancora lontana dalla media europea nel consumo di farmaci antalgici, in particolare di oppioidi.

Questo fenomeno non può essere ricondotto solamente a un difetto di conoscenza della buona pratica clinica, ma probabilmente vanno ricercate anche ragioni di natura culturale e organizzativa.

Le analisi di Morrison (2007) spiegano che il sostegno a un persistente approccio di qualità al trattamento del dolore, dipendono dal grado di descrizione delle ragioni remote di resistenza alla prescrizione antalgica, soprattutto con oppioidi.

La prima necessaria azione è quella di una conoscenza approfondita dei comportamenti prescrittivi nelle strutture sanitarie, soprattutto ospedaliere, e degli atteggiamenti che li sostengono. La conoscenza richiede quindi approcci quantitativi, in particolare dei livelli prescrittivi e delle pratiche organizzative, e qualitativi, soprattutto delle convinzioni che supportano le decisioni assistenziali. La valutazione, che richiederà una fase di conoscenza iniziale approfondita, dovrà diventare una pratica costante per la promozione secondo qualità della prescrizione antalgica.

Farmaci per il trattamento del dolore. L'uso nella Regione Veneto.

In attuazione del progetto nazionale “**Ospedali senza dolore**”, la Regione Veneto ha promosso un programma di lotta al dolore con l'intento di eliminare sofferenze inutili per i malati seguiti nelle strutture sanitarie, residenziali e a domicilio (DGRV 309/2003). Nel 2006 ha istituito l'Osservatorio Regionale per le cure palliative e la lotta al dolore (DGRV 269/2007) ed una Commissione destinata a supportare il lavoro dello stesso e della Direzione Piani e Programmi Socio - Sanitari, della quale l'Osservatorio è struttura di staff (DGRV 269/2007). Tra i compiti dell'Osservatorio è prevista la documentazione dello stato di attuazione del programma regionale “Senza dolore”, sia nei suoi aspetti organizzativi che nelle ricadute assistenziali. I dati relativi allo sviluppo del programma nelle Aziende ULSS e Ospedaliere negli anni 2005 e 2006, sono rintracciabili nel sito dell'Osservatorio

(www.regione.veneto.it/sanita/programmazione_sociosanitaria/osservatorio) nella sezione documenti.

A completamento di questi dati, risulta utile conoscere l'utilizzo effettivo dei farmaci per il trattamento del dolore.

In collaborazione con l'Osservatorio, l'Unità d'Informazione sul Farmaco del Centro di Riferimento sul Farmaco della Regione Veneto e il Servizio Farmaceutico Regionale è stato realizzato il presente documento.

Il consumo dei farmaci antalgici si propone come parametro da seguire nel tempo per la valutazione dell'impatto delle iniziative di sensibilizzazione al trattamento del dolore intraprese nel quadro della politica di lotta al dolore nella Regione Veneto. Obiettivo di questa analisi quello di descrivere l'andamento delle prescrizioni dei farmaci utilizzati esclusivamente, o prevalentemente, a scopo antalgico nella Regione Veneto, negli anni tra il 2004 e il 2006.

METODO

Per la presente analisi sono stati considerati i seguenti **gruppi terapeutici**:

- analgesici, costituiti da farmaci analgesici antinfiammatori o FANS (MO1A), Coxib (MO1B) e altri analgesici, quali aspirina, (escluse le formulazioni per uso cardiologico), paracetamolo e metamizolo (NO2B);
- farmaci oppioidi (NO2A);
- farmaci per il trattamento del dolore neuropatico (duloxetina, gabapentin, pregabalin).

Sono state considerate esclusivamente le prescrizioni a carico del SSN, escludendo quindi l'erogazione a totale carico del cittadino (fascia C). I **dati utilizzati** nel presente lavoro provengono da fonti diverse:

1. **Banca dati SFERA - IMS** per i dati territoriali (quantità di farmaco utilizzata e spesa) per tutte le ULSS del Veneto.
2. **Progetto ARNO - CINECA** per i dati territoriali di 16 delle 21 ULSS Venete. Oltre alla quantità di farmaco utilizzata e la spesa generata, il progetto prevede anche l'elaborazione delle prescrizioni in termini di numero di pazienti trattati per ogni farmaco.
3. **Flusso regionale di assistenza farmaceutica ospedaliera** (progetto coordinato per conto della Regione Veneto dall'ULSS 7) per i dati ospedalieri. Esso fornisce le quantità di farmaco utilizzate negli ospedali, strutture residenziali per anziani non autosufficienti (SRA) e strutture territoriali servite direttamente dalle farmacie ospedaliere (incluse nei dati territoriali).

Il periodo valutato è il triennio 2004 - 2006. Per descrivere il **consumo**, valutarne l'andamento e per confrontare i dati delle varie realtà considerate, sono stati utilizzati:

- **come unità di misura**, la **DDD** (*Defined Daily Dose*), vale a dire l'ipotetica dose media giornaliera di un farmaco impiegato nel trattamento di un adulto con riferimento all'indicazione terapeutica principale;
- **come indicatori**, il **numero di DDD/1.000 abitanti/die** che esprime il tasso di esposizione ad un farmaco, ovvero il numero ipotetico di DDD assunte ogni 1.000 persone in un giorno e, quando il database lo consente, la percentuale di pazienti trattati con un farmaco ogni 1.000 assistibili/anno. **I dati ospedalieri** comprendono 19 ULSS, le due Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona; per il solo anno 2006 sono presenti anche i dati di consumo dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV).

Sono state escluse da questa prima elaborazione, perché non erano disponibili i dati relativi all'intero anno, le seguenti ULSS: 13 di Dolo-Mirano, 14 di Chioggia e 20 di Verona. Nel contesto ospedaliero, l'indicatore maggiormente usato per misurare l'esposizione ai farmaci è la DDD rapportata a 100 giornate di degenza (DDD/100gg DEG). Per le strutture protette (SP) si è considerato che il numero posti letto per non autosufficienti equivalga al numero di giorni di degenza-presenza nella struttura (in analogia all'ospedale), presumendo che nel corso dell'anno tali posti letto siano permanentemente occupati.

I risultati sono riportati per gruppo terapeutico per l'intera Regione e per singola ULSS.

Risultati

Uso territoriale

La **spesa regionale territoriale** per il trattamento del dolore incide modestamente sulla spesa farmaceutica complessiva, attestandosi al 4,2% nel 2004, al 3,1% nel 2005 e al 3,41% nel 2006. **Per quanto riguarda i consumi complessivi, si osserva un decremento, dal 2004 al 2006, del 9,3%.** La diminuzione complessiva dell'uso dei farmaci per il dolore è dovuta al forte calo (-59%) registrato nelle prescrizioni dei Coxib conseguente al ritiro di rofecoxib e valdecoxib (rispettivamente nel settembre 2004 e nel maggio 2005). La **tabella 1** sintetizza i dati di consumo, aggregati per sottogruppo terapeutico.

Tabella 1

DATI DI CONSUMO DEI FARMACI PER IL DOLORE NEL TERRITORIO

CLASSI TERAPEUTICHE	DDD 1000 ab /die			
	2004	2005	2006	VAR% 2006 vs 2004
FANS NON SELETTIVI	14,23	14,71	14,74	3,60%
COXIB	7,98	3,57	3,29	-58,80%
TOTALE FANS	22,21	18,28	18,03	-18,80%
Altri ANALGESICI	0,13	0,11	0,13	-1,00%
OPPIOIDI	0,78	1,18	1,53	97,80%
A. Oppioidi forti	0,52	0,61	0,69	33,00%
A. Oppioidi deboli	0,26	0,56	0,84	223,00%
Farmaci NOTA AIFA 4*	0,52	0,87	1,75	233,20%
TOTALE FARMACI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE	23,64	20,43	21,44	-9,30%

*Duloxetina, gabapentin, pregabalin

I farmaci più utilizzati risultano essere gli analgesici-antinfiammatori (FANS e Coxib). Se si includono anche gli "altri analgesici" (sostanzialmente paracetamolo e AAS), il consumo complessivo di questo gruppo nel 2006 risulta pari a 18,16 DDD/1.000 ab/die, (l'84% del consumo complessivo dei farmaci per il trattamento del dolore), con un calo rispetto al 2004 di circa il 20%. Tra i principi attivi, quelli maggiormente prescritti sono diclofenac, nimesulide, etoricoxib, ketoprofene e celecoxib; rappresentando complessivamente il 65% del consumo di questa classe (FANS + Coxib).

Seguono i farmaci per il trattamento del dolore neuropatico, con 1,75 DDD/1.000 ab/die. Tra questi, pregabalin, entrato in commercio nel 2005, è quello maggiormente prescritto (41% del totale di questo gruppo terapeutico). **Questo è il gruppo che più fortemente registra un aumento di consumo rispetto al 2004 (233%)**. Nelle indicazioni cliniche di questi farmaci rientrano anche usi diversi dal dolore neuropatico, quali l'impiego antidepressivo, anticonvulsivante e nell'incontinenza urinaria.

I farmaci oppioidi rappresentano il gruppo terapeutico di minor utilizzo, con 1,53 DDD/1.000 ab/die nel 2006. Il principio attivo più usato è il tramadolo, seguono: fentanil, morfina, paracetamolo+codeina, ossicodone (monocomposto o associato a paracetamolo) e buprenor. na. Si registra comunque un forte aumento complessivo degli oppioidi (98%) dal 2004 al 2006, conseguente all'aumentato uso degli oppioidi deboli (buprenor. na, tramadolo, paracetamolo + codeina, pentazocina).

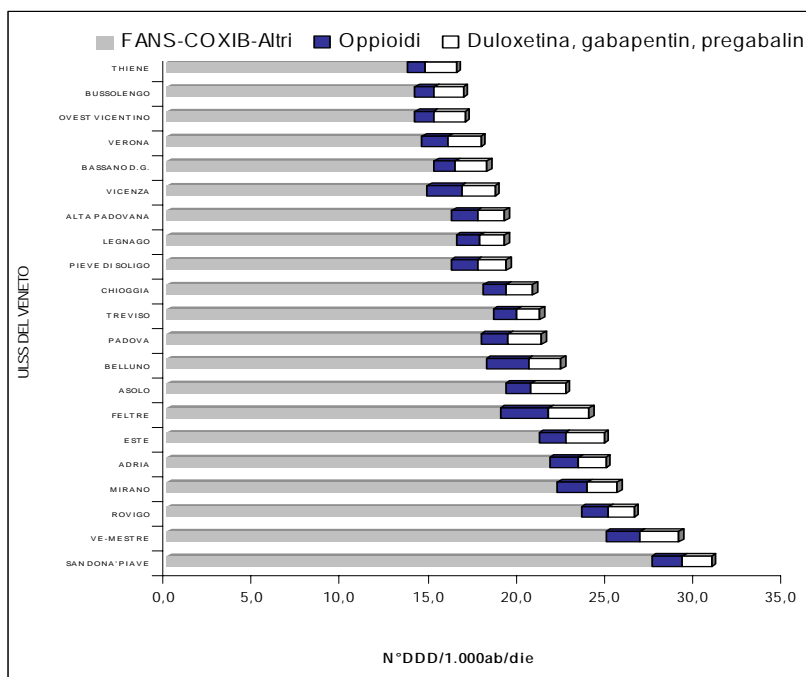
Il rapporto oppioidi forti/deboli si modifica nel tempo dimezzandosi: si va dallo 0,53 del 2004 allo 0,26 del 2006. Pur registrando un aumentato uso degli oppioidi forti (33%), l'incremento per i deboli risulta molto più alto (223%), dovuto soprattutto a tramadolo.

La variabilità tra ULSS

L'analisi territoriale mostra una forte variabilità tra le 21 ULSS Venete nell'utilizzo di tutti i farmaci per il trattamento del dolore. Infatti le DDD/1.000 ab/die oscillano da un minimo di 16,41 DDD/1.000 ab/die a Thiene ad un massimo di 30,82 a San Donà di Piave (**grafico 1**).

Grafico 1

USO DEI FARMACI PER IL DOLORE NEL TERRITORIO (2006)



Questa variabilità è notevole sia come esposizione totale che per le tre categorie di farmaci valutate.

Il consumo per gli **analgesici non oppioidi** dell'ULSS che presenta il valore massimo (San Donà di Piave con 27,46 DDD/1.000 ab/die) è doppio rispetto a quello che rappresenta nella Regione il valore minimo (Thiene con 13,68).

Ancora maggiore (quasi il triplo) è il divario nell'uso degli **oppioidi**, che oscilla da un massimo di 2,74 DDD/1.000 ab/die a Feltre ad un minimo di 0,93 a Thiene.

Analoga la variabilità osservata quando si valuta l'utilizzo degli oppioidi in termini di **numero di pazienti trattati** (per le 16 ULSS che hanno disponibile questo dato).

I farmaci della Nota 4 mostrano la stessa variabilità: a Feltre, l'ULSS di maggior consumo, si ha un valore di 2,31 DDD/1.000 ab/die, il doppio rispetto all'ULSS di minor consumo (Treviso con 1,24).

I dati ospedalieri

L'**esposizione agli analgesici nelle strutture ospedaliere di ricovero è cresciuta** da 56,14 DDD/100 gg DEG nel 2004 a 65,07 nel 2006.

L'incremento d'uso dei FANS è del 15%, mentre l'esposizione dei pazienti ospedalizzati agli oppioidi è aumentata del 21% ed è rimasto sostanzialmente invariato l'uso dei farmaci per il dolore neuropatico (gabapentin, pregabalin e duloxetina).

Il numero di principi attivi utilizzati negli ospedali è molto elevato, risultando pari a 50; nel 2006 i primi 13 farmaci coprono il 90% dei trattamenti analgesici effettuati nelle strutture ospedaliere del Veneto. L'analgesico al quale i pazienti sono maggiormente esposti è il **ketorolac**, che è anche la molecola che presenta il più forte incremento di consumi nel triennio (da 19,5 a 23,6 DDD/100gg DEG).

In ordine decrescente di consumo, segue **nimesulide**, FANS che è stato oggetto di provvedimenti di restrizione prescrittiva e il cui pro. lo rischio/beneficio è tuttora oggetto di valutazione da parte dell'EMA.

La **morfina**, da sola o in associazione, rimane stabile ad un valore di consumo molto basso (1,9 nel 2004 e 2005, 2 DDD/100gg DEG nel 2006).

Codeina, da sola o in associazione, è usata anch'essa in un numero ristretto di pazienti (da 2,7 a 3,0 DDD/100 gg DEG rispettivamente nel 2004 e 2006) ed in misura simile al fentanil trans dermico (2,5 DDD/100gg DEG).

L'uso di farmaci per il dolore neuropatico (pregabalin, gabapentin) è scarso e rimane quasi invariato durante il triennio.

Dal database sono stati anche elaborati i dati di esposizione relativi ai pazienti non autosufficienti residenti nelle strutture protette convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale (SP). Per tali pazienti i farmaci vengono totalmente forniti dalle farmacie ospedaliere e pertanto i consumi riflettono l'utilizzo reale di questa popolazione.

Mentre, nel 2006, negli ospedali veneti (**tabella 2**) l'esposizione complessiva a tutti gli analgesici è pari a 65,07 DDD/100gg DEG, nelle strutture protette presenta un valore pari a 8,6 con una maggior presenza di oppiacei sul totale (29,4%) rispetto al dato ospedaliero (19,9%).

Tabella 2

DATI DI CONSUMO DEI FARMACI PER IL DOLORE NEGLI OSPEDALI E NELLE STRUTTURE PROTETTE

N°DDD/100gg degenza	n. DDD/100gg DEG					
	2004		2005		2006	
	Ospedale	SP	Ospedale	SP	Ospedale	SP
Analgesici non oppiacei(1)	44,9	5,22	49,51	5,41	51,59	5,59
Analgesici Oppiacei	10,76	1,78	11,81	2,1	13,01	2,51
A. Oppiacei forti	3,99	0,46	4,15	0,63	5,11	0,86
A. Oppiacei deboli	6,76	1,32	7,66	1,47	7,90	1,64
A. Dolore neuropatico (2)	0,48	0,29	0,44	0,37	0,47	0,5
TOTALE	56,14	7,29	61,76	7,88	65,07	8,59

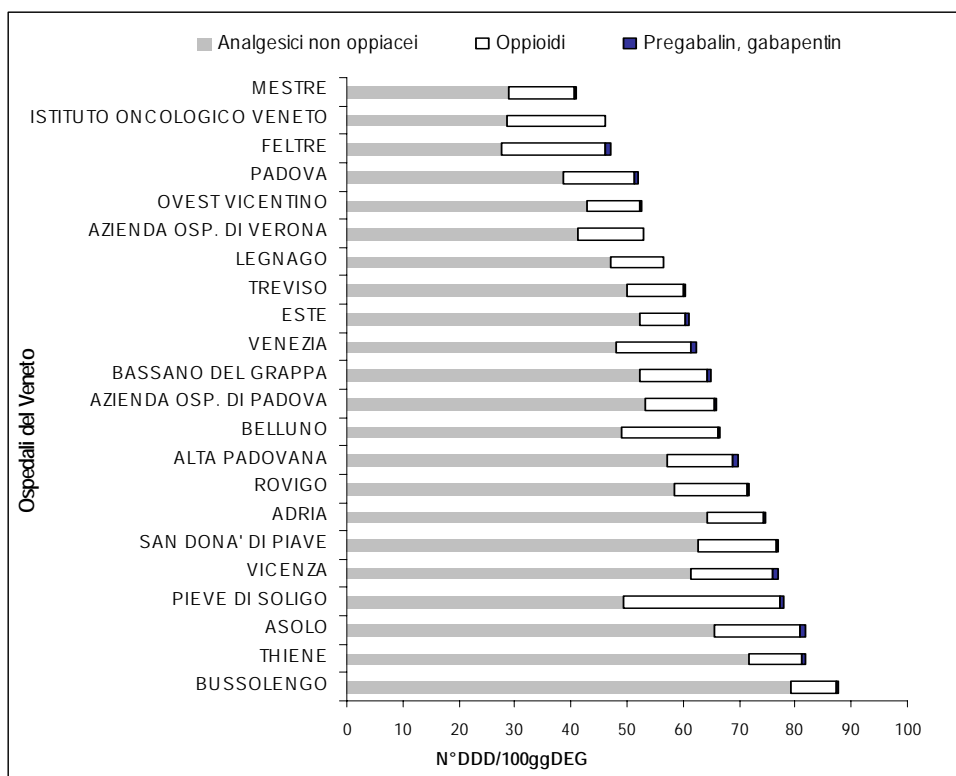
* FANS, coxib e altri analgesici;

** Gabapentin, pregabalin

La variabilità tra ospedali

A fronte di una media di esposizione agli oppiacei negli ospedali veneti nel 2006 pari a 13,01 DDD/100gg DEG, esiste una forte variabilità tra di essi: il ricorso varia da 27 nell'ULSS 7 di Pieve di Soligo, seguito da Feltre con 18, a 8 DDD/100gg DEG dell'ULSS di Bussolengo (**grafico 2**).

Grafico 2
USO DEI FARMACI PER IL DOLORE NEGLI OSPEDALI DEL VENETO (2006)



È inoltre significativo osservare che **le ULSS in cui esiste un più esteso consumo di oppioidi sono quelle in cui è più basso l'uso degli analgesici non oppioidi** (da 80 circa a Bussolengo a 25,6 DDD/100gg DEG a Feltre).

La variabilità nell'uso dei farmaci per il dolore neuropatico è molto elevata, anche se il loro uso, in corso di ricovero ospedaliero, è contenuto: da 1,17 nell'ULSS di Venezia a 0,08 DDD/100gg DEG a Legnago.

Discussione e prospettive

L'analisi dell'uso dei farmaci per il trattamento del dolore appare un buon tracciante per sorvegliare l'implementazione e l'evoluzione del programma regionale **ed è quindi auspicabile che tale monitoraggio abbia una continuità**. In secondo luogo, permette d'individuare alcuni aspetti che meriterebbero azioni specifiche di miglioramento, tra questi la forte variabilità territoriale nell'utilizzo di questi farmaci.

L'utilizzo dei farmaci oppioidi sembra ancora limitato. L'aumento osservato in questi tre anni nel territorio è soprattutto dovuto agli oppioidi deboli recentemente commercializzati o rimborsabili. **Il ricorso ospedaliero alla morfina è ancora scarso**, anche se sono state intraprese numerose iniziative (progetti ministeriali "Verso un ospedale senza dolore", semplificazione della legislazione) volte a diminuire la diffidenza della classe medica nella prescrizione di questo farmaco.

L'assenza di crescita di utilizzo della morfina è un indicatore pesante dello scarso impatto delle iniziative di formazione messe in atto presso gli ospedali per modificare la cultura prescrittiva nel campo dell'analgesia e della limitata efficacia dei cambiamenti normativi.

Per quanto riguarda l'utilizzo degli analgesici non oppioidi, i farmaci di maggior utilizzo nel territorio sono paradossalmente quelli con un peggior pro. lo rischio/beneficio. In ospedale, il massiccio utilizzo di ketorolac e di nimesulide meritano ulteriore attenzione. In particolare nimesulide, non é inserita nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Veneto (PTORV) strumento vincolante per la scelta dei farmaci da usare negli ospedali. In realtà, dai dati di consumo di questo triennio, si può desumere che circa 23 pazienti ricoverati su 100 abbiano fatto ricorso a ketorolac e che 6 su 100 abbiano ricevuto nimesulide. Si rileva, inoltre, un uso elevato di piroxicam (0,4 DDD/100gg DEG per ciascun anno), molecola considerata a pro. lo rischio-beneficio sfavorevole rispetto ad altri FANS presenti nel PTORV. Infine, il forte incremento d'uso dei farmaci della Nota AIFA 4 nel territorio unitamente all'alto consumo di pregabalin sembrano confermare quanto i trend prescrittivi seguano la spinta promozionale.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Bozzini L et al. Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche in DDD/1.000 abit/die: risultati di una esperienza pilota. GIFIC 1988, 2/1: 15-24.
- Raschetti R et al. L'uso delle Defined Daily Dose (DDD) negli studi di popolazione. GIFIC 1991, 5/3: 87-90.
- Anonimo. Il consumo dei farmaci oppiacei in Italia. BIF 2003; 5-6: 231-6.
- Chinellato A et al. Retrospective analysis of opioid prescription in cancer patients in a northern italian Region. Br J Clin Pharmacol 2006; 62: 130-3.
- Breivik H et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. Eur J Pain 2006; 10: 287-333.
- Rocchi F, Neri F, Addis A. Il consumo dei farmaci oppiacei in Italia e in Europa. Quaderni di Farmacoeconomia 2007; 2: 7-13.
- Sichertti D et al. Il dolore severo in medicina generale: i pazienti trattati con analgesici oppioidi. GIFIC 2007; 21/2: 63-72.

B) OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO

- a) migliorare il trattamento del dolore nelle strutture sanitarie, soprattutto ospedaliere
- b) innalzare il livello di qualità della gestione del dolore nelle strutture sanitarie, con particolare rilievo all'appropriatezza clinica, alla gestione del rischio, alla farmacovigilanza

C) OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

- a) promuovere e verificare la praticabilità operativa di questa sorveglianza non come un'attività di studio/ricerca (più o meno occasionale), ma come normale componente dei compiti e delle pratiche assistenziali che gli operatori sanitari (medici, infermieri, farmacisti) fanno abitualmente nei diversi momenti della gestione del dolore;
- b) orientare le funzioni della farmacia ospedaliera, che includono la sorveglianza dell'uso razionale e sicuro dei farmaci, verso una attenzione specifica all'impiego di oppiacei in modo che essa diventi la competenza/risorsa che funge da promotrice/coordinatrice di un coinvolgimento multidisciplinare, corrispondente (per estensione e modalità organizzative) alle specifiche esigenze di ciascun ospedale (es. per la presenza di reparti a più o meno alta probabilità di rilevanza del problema dolore e/o della disponibilità della Direzione Sanitaria e dei clinici di partecipare al programma);
- c) produrre periodicamente rapporti di carattere epidemiologico-clinico che permettano di seguire nel tempo l'evoluzione dei profili terapeutico-assistenziali adottati nell'ospedale e soprattutto permettano di seguire la loro evoluzione riguardo la realizzazione di un "Ospedale senza dolore", obiettivo da tempo dichiarato come "dovuto", ma molto poco documentato con dati rappresentativi;

- d) utilizzare i dati, le esperienze, le rilevazioni sui bisogni inevasi messi in luce da questi rapporti, come materiale di formazione permanente per gli operatori interessati e come punto di partenza per la promozione e la realizzazione di progetti di ricerca *ad hoc* per aree/problemi/popolazioni per le/i quali si riconosce la opportunità/necessità di un apprendimento epidemiologico, assistenziale e/o di sperimentazioni di strategie innovative, farmacologiche e non;
- e) contribuire a creare una rete multicentrica di ospedali e di reparti disponibili ad includere nel proprio programma di "monitoraggio di qualità" (appropriatezza, gestione del rischio, farmacovigilanza) l'attività di sorveglianza e valutazione epidemiologica della gestione del dolore, con particolare attenzione alle situazioni cliniche severe e/o che possono richiedere il trattamento analgesico con oppiacei.

D) IMPLICAZIONI PRATICHE

- a) La rilevanza clinica del programma è direttamente proporzionale alla possibilità di farlo rientrare tra le "normali" attività del personale di assistenza. Questo presuppone, evidentemente, che si accetti e si condivida il concetto che un programma di epidemiologia della gestione del dolore non è un progetto di ricerca che si "aggiunge" dall'esterno agli obiettivi ed ai contenuti della pratica assistenziale, ma ne è una delle espressioni normali di tale pratica, anzi di quelle "dovute-qualificanti".
- b) La comprensione e l'accettazione di questa prospettiva stanno alla base della attivazione della strategia (anzi ne determina la praticabilità) che deve essere attivata nei diversi contesti con un ragionevole margine di flessibilità (es. per quanto riguarda chi fa che cosa), così da essere aderente soprattutto alle specificità delle diverse situazioni locali.
- c) Elemento centrale del programma è la costituzione, a partire dal farmacista, di un piccolo gruppo di lavoro (che può far riferimento a quanto può esistere già nell'ambito delle politiche della Direzione Sanitaria dell'ospedale) che ha come membri attivi i rappresentanti (medici e infermieri) delle competenza/responsabilità assistenziali da coinvolgere in questo progetto di farmacosorveglianza della gestione del dolore.
- d) In quanto parte di una proposta di farmacosorveglianza e di qualità della cura, il protocollo deve essere notificato alla Direzione Sanitaria (ed eventualmente al Comitato Etico competente), perché ne venga riconosciuto e comunicato in modo appropriato, in ambito aziendale, il significato complessivo e tutti vengano invitati a partecipare.

E) AZIONI DEL PROGETTO

OB. GEN.	OB. SPE.	2009	2010	2011
b)	a)	Definizione di un disegno di ricerca-intervento sui determinanti che producono resistenza al trattamento del dolore.		
b)	a)	Presentazione del programma e del metodo alle AA. ULSS e Ospedaliere, nonché adesione delle stesse.		
b)	a) b) c)		Attuazione della ricerca-intervento, secondo due fasi: 1) rilevazione, secondo prevalenza, in giornate campione, del trattamento	

			del dolore nei reparti guida; 2) predisposizione di indagini quantitative con focus group. La ricerca intervento si avvarrà di consulenze metodologiche esterne e della SIFO (società italiana farmacisti ospedalieri)	
b)	d)		Predisporre percorsi di addestramento del personale delle AA. per la stabilizzazione dei metodi quantitativi e qualitativi di valutazione del trattamento del dolore.	
b)	e)		Costituzione del network tra strutture sanitarie delle aziende che utilizzano un metodo di valutazione del trattamento del dolore secondo qualità	
b)	c)		Predisposizione di report aziendali sul trattamento del dolore nelle strutture sanitarie	
a)	d)			Predisposizione di piani di miglioramento della qualità nel trattamento del dolore presso le aziende aderenti al network, con il concorso del Comitato aziendale contro il dolore e del comitato etico per la pratica clinica.
a)	c) d)			Stabilizzazione della reportistica con cadenza costante e supporto al miglioramento dell'appropriatezza clinica
a)				Estensione alle aziende che non aderiscono al network di raccomandazioni per l'appropriato trattamento del dolore.

INDICATORI

1. stima della presenza del "dolore trattato" tra i degenti nei reparti nei quali è attesa la maggior frequenza di pazienti con tale sintomatologia;
2. n. i pazienti per i quali la gestione del dolore risulta difficile o per il verificarsi di "eventi avversi" da trattamento o per la complessità del paziente stesso;
3. n. aziende che aderiscono al programma di sorveglianza del trattamento del dolore

COSTI

Prevedendo due edizioni per tutti i corsi, ad eccezione del programma di formazione-formatori per la rete dei referenti aziendali per il dolore, per il quale sono previste tre edizioni, si ottiene un totale di 60 giorni d'aula. L'esperienza indica in circa €3.000 il costo per giornata di formazione, comprensivo di costi di docenza, codocenza, ospitalità, materiale didattico, affitto aule, supporto di segreteria. Complessivamente si stimano necessari €180.000 (60 x 3.000) per lo svolgimento del programma previsto.

A questo vanno aggiunti €270.000 destinati a sostenere iniziative formative aziendali per lo sviluppo di una rete aziendale di referenti del dolore. Le iniziative aziendali saranno concordate tra le singole Aziende e il Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore.

L'accesso al contributo, che ha carattere di straordinarietà, è vincolato al rispetto dei seguenti punti:

1. presentazione di un progetto dettagliato relativo alla competenza, al ruolo e ai compiti dei referenti medici e infermieristici per il dolore, nonché dei risultati attesi per la loro azione. Nel progetto dovranno anche essere indicati:
 - la pianificazione dello stesso, secondo una scansione annuale (per il 2010 e il 2011), che ne consenta, di conseguenza, un'attenta verifica
 - la responsabilità di progetto
 - la definizione dei costi e il contributo annuale (per il 2010 e 2011) richiesto.
2. all'atto della richiesta dovrà essere già:
 - composto, deliberato e operativo il Comitato Aziendale contro il dolore, ai sensi della DGR 309/2003, quale strumento di promozione locale della lotta al dolore e agente di sostegno dello sviluppo della rete dei referenti
 - composto l'elenco dei referenti aziendali per il dolore, come previsto dalla DGR 1090/2008. I nomi dei professionisti individuati e la loro collocazione operativa (reparto, servizio, ecc.) dovranno essere trasmessi, in formato file, al Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, perché provveda a inserirli nel sito regionale e li renda quindi accessibili ai cittadini;
 - predisposta, deliberata e debitamente diffusa la carta dei diritti del malato con dolore, ai sensi della DGR 1609/2008, nonché averla trasmessa, in formato file, al Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, perché provveda ad inserirla nel sito regionale, rendendola quindi accessibile ai cittadini.

Il mancato rispetto di quanto previsto al punto 2. pregiudica l'accesso ai contributi regionali.

L'accesso ai contributi regionali è inoltre vincolato all'adesione aziendale al programma regionale di valutazione del trattamento del dolore, di cui sopra.

Infine, sono previsti €30.000 per il sostegno metodologico e l'elaborazione della valutazione del dolore presso le Aziende ULSS e Ospedaliere.

In totale sono previsti €480.000 per il 2010.